

ANA CLÁUDIA MIRANDA RIBEIRO

# TRAUMA, IMPULSIVIDADE, SUICIDALIDADE E INGESTÃO ALIMENTAR COMPULSIVA



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

## Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de especialização em Terapias Cognitivo  
Comportamentais

COIMBRA, 2017



# **Trauma, Impulsividade, Suicidabilidade e Ingestão Alimentar Compulsiva**

Ana Cláudia Miranda Ribeiro

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica  
Ramo de Especialização Terapias Cognitivo-Comportamentais; Orientadora: Professora  
Doutora Mariana Marques Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior Miguel  
Torga; Co-orientadora: Professora Doutora Paula Castilho Professora Auxiliar, Faculdade de  
Psicologia e Ciências da Educação.

Coimbra, outubro, 2017

## **Agradecimentos**

Quero agradecer aos meus familiares pela presença, apoio incondicional, pela fonte de motivação, pela palavra de incentivo na minha vida pessoal! Sem eles não seria a pessoa que sou hoje, nem este objetivo seria cumprido. A todos os meus amigos, pelos tempos passados juntos, pelos momentos de distração, mas sem dúvida, pela sincera amizade, motivação e encorajamento que demonstram sempre até ao seu término. Nunca este meu sonho seria possível realizar sem o apoio, companheirismo, amizade, colaboração e dedicação de várias pessoas. Primeiro, e como não podia deixar de ser, agradeço à Professora Doutora Mariana Marques, orientadora desta dissertação, pela motivação, disponibilidade e profissionalismo de inigualável valor. Obrigada por ser a grande profissional, partilhar conhecimentos, pela motivação, persistência, incentivo, acreditando no potencial de cada um. Não quero deixar de agradecer à Professora Doutora Paula Castilho, docente na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, por ter aceitado ser minha coorientadora e ter colaborado nesta dissertação. Quero agradecer à Professora Doutora Helena Espírito Santo pelo auxílio prestado no que toca à análise estatística relativa à escala *Traumatic Events Checklist* (TEC).

Um grande bem-haja a todos os docentes que despenderam algum tempo das suas aulas para a recolha de dados, e aos discentes de cada turma.

Aos meus colegas de curso, pela amizade, pela atenção e partilha nesta longa caminhada e algumas lágrimas de desespero.

## Resumo

**Introdução:** A perturbação de ingestão alimentar é um problema de saúde pública com efeitos físicos e psicológicos, ao longo da vida. Estudos nacionais e internacionais têm explorado a associação dos sintomas desta perturbação com algumas variáveis, mas importa continuar a explorar a contribuição de outros correlatos. É nosso objetivo central estudar a associação e papel preditivo das experiências traumáticas (áreas emocional, física e sexual), impulsividade e suicidabilidade com/para os sintomas de ingestão alimentar compulsiva.

**Metodologia:** 421 sujeitos (estudantes universitários e pessoas da população geral) (sexo feminino,  $n = 300$ ; 71,3%) preencheram a *Traumatic Events Checklist*, a *Binge Eating Scale*/Lista de Hábitos Alimentares (avalia sintomas de ingestão alimentar compulsiva/IAC), a Escala de impulsividade de Barratt e a Escala de suicidabilidade.

**Resultados:** Os valores encontrados de prevalência pontual de IAC foram semelhantes aos de estudos nacionais recentes, com a gravidade grave a ser de 2,6% na amostra total 3,3% nas mulheres e 0,8% nos homens. Em ambos os sexos, a pontuação total de suicidabilidade e o índice de massa corporal (IMC) associaram-se à pontuação total de IAC. Apenas nas mulheres esta pontuação se associou à pontuação total de trauma sexual e familiar e ao total de experiências traumáticas. Se nos homens a pontuação total de suicidabilidade se associou à pontuação total de trauma familiar e ao total de experiências traumáticas, nas mulheres aquela ainda se associou à pontuação total de trauma sexual. Nos homens, a pontuação total de IAC associou-se ao fator de 1ª ordem/BIS *impulsividade atencional* (e respetivos fatores de 2ª ordem, *atenção psicológica* e *instabilidade cognitiva*) e, nas mulheres, a todos os fatores de 1ª ordem (*impulsividade atencional*, *motor* e *não-planeamento*) e todos os fatores de 2ª ordem (*atenção psicológica*, *instabilidade cognitiva*, *motor*, *autocontrolo* e *complexidade cognitiva*), à exceção da *perseverança*. Nas mulheres, a *impulsividade atencional* mostrou-se particularmente associada à pontuação total de trauma sexual e familiar e total de experiências traumáticas. Na subamostra feminina, o IMC, a pontuação total de suicidabilidade e a *impulsividade atencional* foram os preditores da pontuação total de IAC.

**Discussão:** Fica saliente, devendo isto mesmo ser considerado em intervenções futuras, sobretudo na subamostra feminina, o papel preditor, do IMC, da pontuação total de suicidabilidade e da *impulsividade atencional*, para a ocorrência de sintomas de IAC, com a ocorrência de experiências traumáticas (enquanto correlato mais distal) a revelar associações significativas com aqueles sintomas, mas não os predizendo.

**Palavras-chave:** experiências traumáticas; impulsividade; suicidabilidade; ingestão alimentar compulsiva

## **Abstract**

**Introduction:** Binge eating disorder is a public health problem with physical and psychological effects, throughout life. National and international studies have explored the association between this disorder symptoms with some variables, but it is important to continue exploring the contribution of other variables. The main aim of this study is to explore the association and the predictive role of traumatic experiences (emotional, physical and sexual areas), impulsivity and suicidability with/to binge eating symptoms.

**Methods:** 421 subjects (college students and people from the general population) were assessed (female,  $n = 300$ , 71, 3%) completed the *Traumatic Events Checklist*, the *Binge Eating Scale* (BES; assesses binge eating symptoms), the *Barratt Impulsiveness Scale* and the *Suicidability Scale*.

**Results:** Regarding the punctual prevalence of binge eating symptoms, according to the BES, the values found were similar to those from recent national studies, having found a severe severity of 2,6% in the total sample, 3,3% in women and 0,8% in men. In both genders, the total score of suicidability and the body mass index (BMI) associated with the total binge eating (BE) score. Only in women this score was correlated with the total score of sexual and family trauma and the total score of traumatic events. If in men the total suicidability score associated with the total score of family trauma and the total score of traumatic events, in women that score was also associated with the total score of sexual trauma. In men, the total score of BE was associated to the 1<sup>st</sup> order factor *attentional impulsivity* (and respective 2<sup>nd</sup> order factors, *psychological attention* and *cognitive instability*) and, in women, to all the 1<sup>st</sup> order factors (*attentional impulsivity*, *motor* and *non-planning*) and all the 2<sup>nd</sup> order factors (*psychological attention*, *cognitive instability*, *motor*, *selfcontrol* and *cognitive complexity*), with the exception of *perseverance*. In women, *attentional impulsivity* was particularly associated with the total score of sexual and family trauma and the total of traumatic experiences. In the women subsample, the BMI, the total scores of suicidability and *attentional impulsivity* were the predictors of BE total score.

**Discussion:** It is salient, and of importance in future interventions, mainly in the women subsample, the predictive role of BMI, of the total score of suicidability and of *attentional impulsivity* to the occurrence of BE symptoms, with the occurrence of traumatic events (as a more distal correlate) revealing significant associations, but not predicting these symptoms.

**Keywords:** traumatic events; impulsiveness; binge eating; suicidability.

*“ A vida no que tem de melhor é um processo que flui,  
que se altera e onde nada está paralisado ”*

(Carl Rogers)

## Introdução

A Perturbação de ingestão alimentar compulsiva (PIAC) está atualmente definida no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V, *American Psychiatric Association/APA*, 2013) como uma entidade clínica autónoma, caracteriza-se pela ocorrência de episódios recorrentes de ingestão de grandes quantidades de comida, acompanhada por um sentimento de perda de controlo em relação às quantidades e à qualidade dos alimentos ingeridos. Nestes episódios (designados em inglês de episódios de *binge eating*) os pacientes ingerem, habitualmente, uma quantidade excessiva de alimentos (i.e., superior à que a maioria das pessoas ingeriria no mesmo contexto) e, como referido, com perceção de perda total de controlo acerca deste comportamento. Para além disso, estes episódios são caracterizados por ingestões mais rápidas do que o habitual, por comer até ficar fisicamente desconfortável, por comer sozinho ou escondido de forma a evitar a apreciação negativa dos outros ou o sentimento de vergonha, e pela ocorrência de sentimentos de nojo, tristeza ou culpa após o episódio (APA, 2013; Wolfe, Baker, Smith e Weeder, 2009). Para cumprir os critérios de diagnóstico desta perturbação, os episódios de *binge eating* têm que ocorrer pelo menos dois dias por semana, durante seis meses. Assim, tal como na Bulimia Nervosa (BN), o *binge eating* ocorre, geralmente, em sigilo ou o mais discretamente possível, devido a sentimentos de culpa e vergonha. Embora os episódios sejam frequentes e persistentes como na BN, não são seguidos regularmente de comportamentos compensatórios inadequados (e.g. recurso ao vómito autoinduzido) (APA, 2013; Williamson, et al., 2004). Pessoas com PIAC tendem a apresentar maior índice de massa corporal (IMC) do que pessoas com BN (Geliebter, 2002). O curso da BN geralmente revela, também, a ocorrência de dietas e de perda de peso, enquanto os comportamentos prévios da PIAC são mais variáveis (Striegel, 2001). Pessoas com BN mostram maiores níveis de restrição alimentar comparados com pessoas com PIAC (Grilo, 2000), existindo, também evidências que pessoas com PIAC ingerem significativamente mais alimentos do que as pessoas obesas sem compulsão alimentar (Goldfein, 1993).

A PIAC tal como as outras perturbações do comportamento alimentar (PCA) caracteriza-se por uma sobreavaliação do peso e da forma corporal, uma preocupação excessiva acerca da alimentação, pior qualidade de vida e funcionamento social e ocupacional comprometido, assim como maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de diferentes perturbações psiquiátricas, quer em amostras clínicas, quer da população geral, nomeadamente sintomas de



ansiedade e depressão (Crow, Agras, Halmi, Mitchell, e Kraemer, 2002; Fairburn e Harrison, 2003; Hudson et al., 2000; Kaye, Klump, Frank e Strober, 2000; Preti et al., 2009; Ricca et al., 2000). Os estudos mostram que mesmo sintomas subclínicos de *binge eating* podem ter um impacto negativo na saúde física e mental dos indivíduos (Striegel-Moore et al., 2000). Parece ser clara, igualmente, a associação entre a perturbação e o excesso de peso, obesidade e resultados mais desfavorecidos em tratamentos para perda de peso (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013; Ricca et al., 2000; Villarejo et al., 2012; Wilfley, Wilson, e Agras, 2003). De facto, a PIAC associa-se ao aumento de peso progressivo, que vai gerar, com alguma frequência obesidade (*The National Eating Disorders Collaboration*, 2017). Indivíduos com PIAC estão, então, mais sujeitos a tornarem-se obesos mais cedo e apresentam uma obesidade maior e mais grave (APA, 2014; Mussell et al., 1996; Rosenbaum e White, 2013) e indivíduos com obesidade possuem maior probabilidade de apresentar *binge eating*, comparativamente a pessoas com peso normal (Nattaci e Júnior, 2011). Assim, vários estudos, confirmam a associação positiva e moderada entre compulsão alimentar e aumento do IMC (Villarejo et al., 2012; Wilfley et al., 2003). Na sequência do imediatamente acima referido, em doentes obesos ou não com PIAC foram já encontradas, para além das características depressivas, uma autoestima negativa, funcionamento social prejudicado, angústia e uma preocupação e insatisfação com o peso, forma corporal e com a alimentação, ainda que de forma menos intensa do que na BN (Fairburn e Harrison, 2003; Grilo, 2002; Grilo et al., 2009; Ranzenhofer et al., 2012; Yanosky, 2002). Verifica-se, também, uma maior dificuldade em interpretar sensações viscerais relacionadas com a fome e saciedade (Kuehnel e Wadden, 2010). Doentes obesos com PIAC parecem ter autoestima mais baixa e mais sintomatologia psiquiátrica (como depressão) do que os doentes obesos sem PIAC (Goldschmidt et al., 2008; Grilo, 2002). A PIAC é, assim, considerada um problema significativo de saúde pública com efeitos a nível físico e psicológico ao longo da vida (Kessler et al., 2013).

Relativamente aos dados epidemiológicos, nos Estados Unidos da América a prevalência desta perturbação na população geral, é de 1,6% entre mulheres adultas e 0,8% entre homens adultos, sendo este rácio (em termos de sexo) idêntico ao verificado na BN (APA, 2013; Smink et al., 2013). Assim, de acordo com a APA (2014), Carr (2014) e Schmidt e colaboradores (2016) a PIAC é mais comum entre adolescentes e jovens do sexo feminino, do que masculino. Segundo Carr (2014), aproximadamente 1% a 2% das adolescentes sofrem desta perturbação. De acordo com Hudson e colaboradores (2007), 3,5% das mulheres e 2%

dos homens irão experienciar esta forma de perturbação alimentar durante a sua vida. Segundo Spitzer e colaboradores (1993), a PIAC está presente entre 2% a 5% das amostras da população geral e 20 a 40 % de pessoas que procuram tratamento para perder peso (Gormally et al., 1982; Spitzer et al., 1993). Estudos recentes relatam o aumento das taxas de prevalência da PIAC na população geral (de Zwaan, 2001; Ribeiro, Conceição, Vaz, e Machado, 2014; Striegel-Moore e Franko, 2003), sugerindo uma prevalência de pelo menos 1% (Hay, 1998; Striegel-Moore e Franko, 2003), sendo esta, mais uma vez, mais comum nas mulheres do que nos homens (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Kessler et al., 2013). Um estudo revelou que entre 40% da população feminina universitária revelou sintomas (não a perturbação) de *binge eating* (Saules et al., 2009). Segundo Vieira e colaboradores (2002), os “maus” hábitos alimentares de estudantes universitários poderão ser influenciados pelos novos comportamentos e relações sociais, sugerindo indícios de compulsão alimentar em alguns estudantes que, ansiosos, podem transformar a alimentação numa forma de escape para situações de stress físico e mental. Não existem muitos estudos epidemiológicos sobre a PIAC em Portugal, mas os que existem focaram-se na anorexia e bulimia nervosa (particularmente em estudantes do secundário ou universitários), até porque o DSM ainda não reconhecia a PIAC como uma entidade diagnóstica de direito. Ainda assim, avaliando 549 estudantes do ensino secundário e superior (224 homens e 325 mulheres), entre os 12 e os 22 anos (da área de Coimbra) Pocinho (1999) estimou, com base no auto-relato, uma prevalência de 19% para perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação (PCASOE) (onde se incluíam a PIAC). No estudo de 2007, Machado e colaboradores encontraram uma prevalência de 2.4% para as PCASOE, em 2028 jovens portuguesas do sexo feminino dos 13 aos 19 anos. Em 2015, num estudo realizado em Portugal, Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira (2015a), com mulheres da população geral, foi encontrada uma prevalência de 5.5% de IAC ligeira a moderada e 1.8% de IAC grave (usando a escala *Binge Eating Scale*).

Ao longo dos anos, e na sequência do já referido, os estudos empíricos sobre a PIAC centram-se no sexo feminino, resultando num menor conhecimento da perturbação, quando diagnosticada no sexo masculino (Dakanalis et al., 2014). Sabe-se que os homens tendem a esconder os sintomas desta perturbação (Grupo de Medicina de Yale, 2011, citado em Pete, 2011), visto a mesma ser geralmente associada ao sexo feminino, sentindo-se os homens envergonhados e constrangidos em admitir a sua presença (Morgan, 2008; Pete, 2012), reduzindo a probabilidade de procurarem tratamento. Parece existir, também, a suposição errada que só os homens homossexuais sofrem deste quadro. Existindo casos de PIAC em

homens homossexuais, 80% dos homens com estas perturbações são heterossexuais (Pete, 2012). Apesar do referido, a investigação realizada sobre a temática refere que a sintomatologia da PIAC, do ponto de vista cognitivo, comportamental e físico, não difere muito, por sexo, sugerindo que a natureza da doença seja igual nos dois sexos (Bramon-Bosh, Troop e Treasure, 2000; Fichter e Krenn, 2003; Pereira, et al., 2005; Raevuori et al., 2014).

O desenvolvimento e manutenção da PIAC têm sido conceptualizados como resultado de estratégias de regulação emocional não efetivas (Leehr et al., 2015). Conhecer os antecedentes e consequências dos comportamentos de *binge eating* é essencial para delinear eventuais planos de intervenção. O *binge eating* tem sido visto como resultando de uma regulação emocional inadequada, que se expressa na tentativa de controlar, evitar, escapar de experiências internas negativas, como pensamentos difíceis, emoções dolorosas ou percebidas como incontroláveis (Arnou, Kenardy e Agras, 1992; Goldfield, Adamo, Rutherford e Legg, 2008; Heatherton e Baumeister, 1991; Lillis et al., 2011). Os estudos parecem mostrar que o afeto negativo/estados emocionais negativos é/são o antecedente mais comum de compulsão alimentar (Chua, Touyz e Hill, 2004; Guenter, 2000; Haedt-Matt e Keel, 2011; Meule et al., 2014; Natacci e Júnior, 2011; *National Eating Disorders Collaboration*, 2017; Stice, 2001; Stice, 2002; Stice, Akutagawa, Gaggan e Agras, 2000; Viana e Sinde, 2003). De fato, sintomas depressivos são fatores de risco importantes para a compulsão alimentar (Meno, Hannum, Espelage e Douglas, 2008; Saules et al., 2009; Spoor et al., 2006). Igualmente, após os episódios de *binge*, surgem sentimentos de vergonha, culpa e autocrítico que “alimentam” ainda mais a ocorrência dos episódios, gerando um ciclo de auto-sustentação (Goss e Gilbert, 2002; Jambekar, Masheb e Grilo, 2003).

A este propósito, foi já demonstrado que a vergonha desempenha um papel central na avaliação da imagem corporal e na psicopatologia relacionada com a alimentação, enquanto fator de risco e de manutenção (e.g., Ferreira, Pinto-Gouveia e Duarte, 2013; Gee e Troop, 2003; Goss e Allan, 2009; Murray, Waller e Legg, 2000; Pinto-Gouveia, Ferreira e Duarte, 2014), sendo um importante correlato nas PCAs, no geral, e na PIAC, em particular. No estudo de Duarte, Gouveia e Ferreira (2014), em 329 mulheres da população em geral e estudantes universitárias a compulsão alimentar associou-se positivamente a sintomas depressivos, vergonha (da imagem corporal) e autocrítico, nomeadamente ao eu detestado, com a vergonha a ter um efeito direto na compulsão alimentar, efeito esse mediado parcialmente pelo eu detestado.

Dada a vergonha associada à vivência de *binge eating*, no que toca à sua avaliação, as medidas de auto-relato são encaradas como alternativas úteis para avaliar a experiência de compulsão alimentar, podendo referir-se, entre as medidas de auto-relato mais usadas internacionalmente, a *Binge Eating Scale* ou Escala de *Binge Eating* (BES, Gormally, Black, Daston, e Rardin, 1982). Vários estudos (principalmente realizados juntos de pessoas obesas e candidatos à cirurgia bariátrica) revelaram que a BES possui elevada sensibilidade e especificidade para discriminar comedores compulsivos de comedores não compulsivos, apresentando resultados semelhantes aos obtidos com entrevistas semiestruturadas (e.g., Freitas et al., 2006; Grupski et al., 2013; Robert et al., 2013).

A compreensão da etiologia e manutenção das PCA tem avançado nas últimas décadas, com vários correlatos a serem explorados (Kent e Waller, 2000). Todas, incluindo a PIAC, envolvem uma etiologia complexa que contempla a predisposição genética, fatores socioculturais e familiares (Fairburn, Shanfran, e Cooper, 1999, Muñoz Gómez, 1998; Polivy e Herman, 2002), para além dos fatores individuais (vimos já o papel da vergonha e autocrítico, a este nível), nomeadamente a ocorrência de acontecimentos de vida marcantes que podem funcionar como fatores predisponentes e precipitantes (Carmo, 2007).

A este nível, as principais correntes psicológicas situam na infância a origem do ajustamento psicológico, mas também da psicopatologia no adulto (Ramos, 2004). Acontecimentos traumáticos acontecidos na infância podem ter consequências sérias na idade adulta, porque as pessoas estão em pleno desenvolvimento, possuindo menos defesas psicológicas e estando, então, mais vulneráveis (Vaz, 2007). As experiências negativas em idades precoces, atentando também na sua frequência e impacto, vão influenciar a saúde física e mental do sujeito nas várias fases da vida (Brás, 2008). Um acontecimento traumático constitui uma ameaça para a vida ou segurança de uma pessoa e difere das ocorrências quotidianas. Estes acontecimentos acarretam efeitos graves que tendem a durar no tempo, mesmo depois da causa original ter desaparecido, persistindo sentimentos de desespero ou terror intenso (Classe et al., 1993; Tillman, Nash e Lermer, 1994; Vaz Serra, 2003). O trauma pode alterar a conceção que a pessoa tem do mundo e da realidade que a rodeia e a forma como cada indivíduo percebe essa realidade engloba aspetos como a personalidade, a imagem construída acerca de si mesmo, os valores, a história de vida e os conflitos que, por sua vez, interferem no processo de integração de novos significados na sua estrutura cognitiva (Ballone, 2005; Peres, 2005; Peres, 2007; Wilson, 2007). A Associação Americana de Psicologia (2002) define trauma como “um acontecimento onde se experienciam sérios

danos corporais ou ameaças, acompanhadas por grande medo, falta de esperança ou horror” (APA, 2002, p.463)

No estudo de Ramiro e colaboradores (2010), 75% dos inquiridos apresentaram pelo menos uma exposição a experiências adversas na infância e 9% tinham experienciado quatro ou mais tipos de abuso ou disfunção familiar. O tipo mais comum evidenciado foi o abuso psicológico, a negligência física e a negligência psicológica das necessidades básicas. As consequências comportamentais de risco para a saúde foram principalmente o tabagismo, o abuso de álcool e os comportamentos sexuais de risco. Naturalmente, que a forma como se experiencia um acontecimento traumático varia de pessoa para pessoa, implicando diferentes consequências ao nível dos processos mentais (e.g. baixa autoestima, depressão e ansiedade) que vulnerabilizam o sujeito para o desenvolvimento de um grande número de dificuldades, inclusive perturbação de stresse pós traumático (PTSD), depressão, ansiedade, abuso de substância, e PCAs (APA, 2000; Dansky, Brewerton, Kilpatrick, e O’Neil, 1997; Fischer et al., 2010; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, e Agras, 2004; Kenedy, Ip, Samra e Gorzalka, 2007; Kong e Bernstein, 2009; Shipherd, Stafford, e Tanner, 2005). Já o relacionamento positivo com os pais associa-se a comportamentos alimentares mais saudáveis (pessoas que se sentem próximos dos pais relatam menor preocupação com o peso e alimentação durante a juventude) (Straub, 2005). Porém, voltando a focar o impacto negativo dos acontecimentos traumáticos nos comportamentos alimentares, a exposição traumática parece estar mais presente nos casos de perturbação alimentar com manifestações de compulsão/purga, do que com comportamento alimentar restritivo (Brewerton, 2007). Briere e Spinazzola (2005) propõem que a compulsão alimentar e a purga podem ser encarados como comportamentos de redução da tensão em pessoas com história de trauma, com a compulsão alimentar a criar sentimentos positivos e a distrair a pessoa de cognições negativas (Briere e Scott, 2007). Diversos estudos têm, então, mostrado associações significativas entre as PCAs e vários tipos de trauma, incluindo o abuso físico (e.g., Rorty e Yager, 1996), a agressão sexual (e.g., Dansky, Brewerton, Kilpatrick, e O’Neil, 1997), e o assédio sexual (Harned, 2000; Larkin, Rice, e Russell, 1996). Relativamente à área/dimensão sexual, o trauma sexual é, de facto, considerado um fator distal no desenvolvimento da perturbação alimentar. Não causando diretamente o início da PCA pode precedê-lo depois de algum tempo (Ingram, 2001).

Se os acontecimentos traumáticos podem ser potenciais correlatos das PCAs e da PIAC, em particular, o que dizer de outras variáveis, como a suicidabilidade, i.e. a frequência com

que uma pessoa tem pensamentos suicidas? Vaz Serra (1971, citado em Gil e Saraiva, 2006) define o suicídio como “autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir esse fim”. Segundo Vieira (2008), o suicídio pode ser conceptualizado como um ato voluntário através do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte. O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara das consequências que o ato executado pode gerar (Araújo, Coutinho e Saraiva, 2009). A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para a sua efetivação (Borges e Werlang, 2006). É um elemento fundamental de um processo denominado comportamento suicida, e surge como desencadeador dos demais componentes: a tentativa de suicídio e o suicídio consumado (Pereira e Cardoso, 2015). Em estudantes universitários, a ideação suicida pode se apresentar em um momento particularmente importante, seja pela saída da adolescência e entrada na idade adulta jovem, e/ou pelas adversidades vivenciadas na vida académica (Wilcox et al., 2011). Assim, o suicídio é apontado como a segunda causa de morte entre os estudantes universitários, ficando somente atrás dos ferimentos auto provocados (Taliaferro, Rienzo, Pigg, Miller, e Dodd, 2009). O suicídio em pessoas com PCAs é um tema muito sério, mas raramente considerado na investigação ou na prática clínica (Pompili, Girardi, Tatarelli, Ruberto e Tatarelli, 2006), embora pareça existir o reconhecimento de um risco maior de suicídio em pessoas com PCAs vs. população geral (Lewinsohn, Striegel-Moore e Seeley, 2000). Estudos referem que as tentativas de suicídio em grupos com PCAs variam entre 13 e 31%, surgindo associadas ao *binge eating*, comportamentos purgativos e outras condições psiquiátricas. O estudo de Carpenter e colaboradores (2000) concluiu que o aumento do índice de massa corporal associa-se a um risco aumentado de tentativas de suicídio e depressão, no caso das mulheres, e a um risco diminuído no caso dos homens. Segundo Emborg (1999), a razão padronizada de mortalidade varia entre 1,36 e 17,8, numa amostra de 2763 pacientes, de ambos os sexos, com PCAs, demonstrando um excesso significativo de mortalidade entre pacientes com PCAs. Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen e Bulik (2013) confirmam que pessoas com comportamentos purgativos e PIAC têm taxas elevadas de tentativas de suicídio.

Quanto aos fatores de risco associados à suicidabilidade, em adolescentes, diversos estudos (e.g., Conner, Meldrum, Wiczorek, Duberstein e Welte, 2004; Horesh, Orbach, Gothelf, Efrati e Apter, 2003; Park, Schepp, Jang e Koo, 2006) concluíram já pela interação entre aspetos da personalidade e temperamento e variáveis como a depressão, ansiedade, raiva, agressividade, impulsividade e desesperança. Igualmente, outros fatores de risco

percursores de suicídio incluem vidas stressantes, problemas mentais como depressão e experiências traumáticas relacionadas com violência, abuso e perdas (Guerra e Calhoun, 2011; LeBouthillier et al., 2015; Selaman, Chartrand, Bolton, e Sareen, 2014; WHO, 2014). De facto, maiores taxas de prevalências e incidência de comportamento suicida foram documentados em pessoas com PTSD (Bullman e Kang, 1994; Davidson, Kudler, Saunders, e Smith, 1990; Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin e Sundbom, 1998; Krammer, Lindy, Green, Grace e Leonard, 1994).

Ainda a propósito das variáveis de natureza individual e psicológica, estudos mostram que a impulsividade é uma característica marcante nas pessoas com PCA (Anestis et al., 2007; Claes et al., 2006; Juarascio et al., 2015). Claes e colaboradores (2006) destacaram que pessoas impulsivas tentam maximizar o prazer, a excitação ou a gratificação, estando vulneráveis a comportamentos de risco. No âmbito das PCAs, a impulsividade elevada, além de estar associada à presença dessas perturbações, associa-se à sua gravidade, existindo evidência de diferenças entre os subtipos de PCAs quanto aos traços impulsivos (Claes et al., 2012; Waxman, 2009). A impulsividade e a compulsão alimentar estão diretamente ligadas ao consumo excessivo de alimentos hipercalóricos, contribuindo para a obesidade (Pereira e Chehter, 2011). Sabe-se que pessoas com obesidade e ingestão compulsiva apresentam taxas maiores de perturbações de controlo do impulso (Hudson et al., 2007). No estudo de Bernard e colaboradores (2017), os autores pretenderam examinar a associação entre impulsividade (avaliada com a Escala de impulsividade de Barratt-11, que usamos no presente trabalho) e o peso na população francesa, explorando a influência do sexo nesta relação (11929 homens e 39114 mulheres que participaram no programa NutriNet-Santé). O IMC foi avaliado (através de autorelato). As pessoas com maiores níveis de impulsividade apresentaram maior probabilidade de obesidade (a associação mais forte entre impulsividade e obesidade foi verificada no sexo masculino). No estudo de Hege e colaboradores (2014) um subgrupo de participantes, o de pessoas com excesso de peso e obesidade com PIAC, foi comparado com o grupo de controlo, sem PIAC. Níveis maiores de impulsividade atencional (escala da BIS-11) relacionaram-se com a presença de PIAC (incapacidade de inibir a resposta alimentar disfuncional), para além de, em termos neuroimagem, ter sido verificada hipoatividade na rede de controlo pré-frontal nos participantes com PIAC.

Atendendo ao explanado anteriormente, tem vindo a ser reconhecido o papel de algumas variáveis/correlatos (e.g. vergonha e autocrítica) para a ocorrência de sintomas de ingestão alimentar compulsiva. Porém, tendo inclusive a PIAC sido reconhecida como um

entidade diagnóstica “de direito” apenas recentemente, são nossos objetivos, numa amostra constituída por estudantes universitários e por pessoas da população geral, explorar associações de diferentes variáveis (entre elas, as experiências traumáticas no que toca às suas diferentes áreas, a impulsividade e a suicidabilidade) com os sintomas de ingestão alimentar compulsiva/IAC (e o eventual papel preditivo dessas variáveis para a IAC, também). Não deixamos de referir dados sobre a prevalência pontual de ingestão alimentar compulsiva na presente amostra e exploramos, igualmente, associação entre os sintomas de IAC e o índice de massa corporal, idade e peso autorrelato na infância.

## **2.METODOLOGIA**

### **2.1.Amostra**

A amostra ficou constituída por 421 participantes, adotando-se como critérios de inclusão uma idade entre os 18 e os 65 anos e nacionalidade portuguesa. Destes, a maioria era do sexo feminino ( $n = 300$ ; 71,3%). A idade média foi de 30,7 ( $DP = 11,51$ ). Quanto ao estado civil, a maioria relatou ser solteiro ( $n = 268$ ; 63,7%) e quanto à escolaridade, a maioria dos sujeitos expressou ter o secundário ( $n = 151$ ; 35,9%), logo seguidos dos que tinham a licenciatura ( $n = 148$ ; 35,2%). A maioria dos sujeitos relatou ser estudante universitário ( $n = 225$ ; 53,4%) e entre estes, a maioria frequentava o curso de Psicologia ( $n = 85$ ; 37,8 %) e não era estudante trabalhador ( $n = 177$ ; 42,0%) (Tabela 1).



**Tabela 1**  
*Caracterização sociodemográfica da amostra*

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

Nota: *n* = frequência; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

Segundo a Classificação Nacional das Profissões, a maioria dos participantes era *Especialista intelectual e científico* ( $n = 57$ ; 13,5 %). Quanto ao peso relatado na infância foi possível constatar que a maioria referiu ter peso normal ( $n = 253$ ; 61,1%). Na nossa amostra,

encontrou-se um valor médio de IMC de 23,78 ( $DP = 11,51$ ). Categorizando o IMC, a maioria dos sujeitos encontrava-se na categoria *peso normal* ( $n = 223$ ; 53,0%). Não podemos deixar de referir que os homens apresentaram um valor médio maior de IMC ( $M = 24,45$ ;  $DP = 3,45$ ) do que as mulheres ( $M = 23,52$ ;  $DP = 4,08$ ) ( $t = 2,325$ ;  $p = 0,021$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2***Caracterização sociodemográfica da amostra (continuação)*

<b>Trabalhadores estudantes</b>		
	<i>n</i>	%
Não	177	42,0
Sim	50	11,9
Não se aplica	191	45,4
	<b>Total</b>	418
Não respondeu	3	0,7
	<b>Total</b>	421
		100,0
<b>Profissão £</b>		
	<i>n</i>	%
Quatro superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	7	1,7
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	57	13,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	6	1,4
Pessoal administrativo e similares	19	4,5
Pessoal dos serviços e vendedores	28	6,7
Operários, artífices e trabalhadores similares	6	1,4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores das Máquinas	8	1,9
Trabalhadores não qualificados	21	5,0
Desempregados	2	0,5
	<b>Total</b>	154
Não respondeu	267	63,4
	<b>Total</b>	421
		100,0
<b>Peso na Infância</b>		
	<i>n</i>	%
Magro/a	75	17,8
Peso normal	253	60,1
Excesso de peso	78	18,5
Obesidade	6	1,4
	<b>Total</b>	412
Não respondeu	9	2,1
	<b>Total</b>	421
		100,0
<b>IMC</b>		
	<i>M(DP)</i>	<b>Intervalo</b>
	23,78(11,51)	15,00-43,3
<b>IMC categorizado</b>		
	<i>n</i>	%
Magreza extrema/anorexia (<18,5)	15	3,6
Magreza (18,5-19,4)	273	6,4
Peso normal (19,5-24,4)	223	53,0
Excesso de peso (24,5-29,4)	115	27,3
Obesidade ( $\geq 29,5$ )	32	7,6
	<b>Total</b>	412
Não respondeu	9	2,1
	<b>Total</b>	421
		100,0

£ = Classificação Nacional das Profissões.

Quando categorizámos a ingestão alimentar compulsiva (IAC, segundo a LHA), a maioria dos participantes integrou a categoria ausência ou IAC mínima ( $\leq 17$ ) ( $n = 305$ ; 81,4%; mulheres,  $n = 271$ ; 90,3%; homens  $n = 112$ ; 94,1%) (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Categorização da ingestão alimentar compulsiva (Lista de Hábitos Alimentares/LHA; Binge Eating Scale/BES)*

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

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

## 2.2.Procedimentos

A autora integrou o projeto “Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e seus Correlatos”, com o principal objetivo de explorar associações entre as variáveis experiências traumáticas, alexitimia, dissociação, autoaversão, suicidabilidade, dificuldades em regular as emoções e impulsividade e os sintomas de ingestão alimentar compulsiva/*binge eating*, para além de verificar quais daquelas variáveis eram preditoras dos sintomas de *binge* e eventuais caminhos de mediação. O presente estudo envolveu diferentes correlatos do comportamento alimentar compulsivo. Começou-se por definir o protocolo do projeto (instrumentos a serem usados) e redigiram-se os consentimentos informados (Apêndice A e B) e os questionários sociodemográficos (Apêndice C e D). No presente estudo utilizamos as seguintes escalas: Escala de Experiências Traumáticas/*Traumatic Events Checklist* (TEC), Lista de Verificação de Hábitos Alimentares/*Binge Eating Scale* (LHA/BES), Escala de Impulsividade de Barratt/*Barratt Impulsivity Scale* (BIS-11) e a Escala de Suicidabilidade (ES). Contactaram-se os autores das escalas, a fim de concederem autorização para a sua utilização neste projecto e todas as autorizações foram concedidas. Solicitou-se, então, aprovação da Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) para realizar recolha de dados nas diferentes turmas dos diferentes cursos da instituição. Essa autorização foi cedida, tendo-se, então, contactado os coordenadores científicos dos vários cursos e solicitada a autorização para proceder à recolha de dados junto das respetivas turmas. Administrou-se o protocolo junto do maior número de alunos dos diferentes cursos do ISMT. Os coordenadores dos

cursos de Serviço Social, Psicologia, Comunicação Empresarial, Multimídia, Informática, Jornalismo, Gestão de Recursos Humanos, Gestão, Design e Comunicação e Mestrado em Psicologia Clínica facultaram essa mesma autorização, articulando com a investigadora a melhor forma para efetuar a recolha de dados. Aquando a recolha de dados foram explicados os objetivos do estudo e assegurada a confidencialidade e privacidade dos alunos, tendo todos os participantes assinado um consentimento informado. Os dados foram recolhidos de fevereiro a junho de 2017. O protocolo geral do projeto também foi reproduzido na plataforma Google Docs (tendo o estudo sido divulgado através da rede social *Facebook*), para aumentarmos a dimensão da amostra.

## **2.3. Instrumentos**

### **2.3.1. Questionário sociodemográfico**

Este questionário ficou constituído pelas variáveis idade, estado civil, peso, altura, escolaridade, ser estudante ou não, curso frequentado (no caso de ser estudante), ser estudante-trabalhador e peso na infância/adolescência.

**2.3.2. *Traumatic Events Checklist/Escala de experiências traumáticas*** (TEC, Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, 1999, citado em Nijenhuis, Van der Hart e Kruger, 2002; Espírito-Santo, Chambel e Rocha, 2008; Espírito-Santo, Rocha, Gonçalves, Cassimo, Martins e Xavier, 2013).

A TEC avalia experiências traumáticas (de acordo com percepção de quem responde; o que pode ser um trauma para uma pessoa, pode não o ser para outra) (Dom, De Wilde, Hulstijn e Sabbe, 2007). Versões anteriores exploravam vinte cinco tipos de experiências traumáticas, mas a versão atual da TEC avalia vinte e nove (vinte e nove itens, então) potenciais experiências traumáticas, incluindo os eventos considerados no critério A do DSM (APA, 2014) da perturbação de stresse pós traumático (PTSD), “a pessoa experienciou, testemunhou ou foi confrontada com um evento ou eventos que envolveram morte real, ameaça ou lesão grave, bem como ameaça à integridade física de si mesmo ou de outros”, bem como outros acontecimentos potencialmente traumáticos: perda de outros significativos, ameaça à vida por doença ou assalto, experiência de guerra, negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e trauma sexual. Assim, a TEC questiona se a pessoa vivenciou um/a dado/a evento traumático/experiência traumática (0/não e 1/sim), num total de vinte e nove experiências traumáticas, com a pontuação a variar de 0 a 29. Em função da

pessoa ter respondido “não” ou “sim”, é solicitada a idade de início (0 aos 6 anos; 7 aos 12 anos; 13 aos 18 anos), duração do trauma e impacto que a experiência teve para a pessoa (“1” equivale a “nenhum” e “5” a “muitíssimo”).

A TEC avalia/explora, através dos seus itens, a vivência de vários tipos de trauma: negligência emocional; vários tipos de abuso (emocional, físico e sexual) e de violência física ou sexual (ameaça corporal, assédio sexual); e graves problemas familiares (alcoolismo, pobreza, problemas psiquiátricos de um membro da família, danos corporais, experiências de guerra) (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, van der Hart, Kruger, e Steel, 2004). Quanto à negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual, a TEC tem em consideração a configuração em que o trauma ocorreu: família de origem, família extensa, ou outra configuração (Nijenhuis et al., 2002). Permite, então, calcular a presença de trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional em vários contextos: 6 itens), trauma sexual (assédio sexual e abuso sexual em vários cenários: 6 itens) e ameaça corporal (ou seja, abuso físico em várias configurações sociais, ameaça intencional à vida de uma pessoa, punição bizarra, dor intensa: 6 itens) (Nijenhuis et al., 2002). Também permite calcular a gravidade do trauma, considerando 4 variáveis: (a) presença da experiência; (b) idade do início, indicando se o trauma ocorreu ou começou nos primeiros 6 anos de vida ou depois; (c) duração do trauma (trauma teve duração inferior ou superior a 1 ano); e (d) resposta subjetiva, indicando se a pessoa não se sentiu traumatizada ou apenas ligeiramente traumatizada, moderadamente, severamente ou extremamente traumatizada pelo (s) evento(s). Estas variáveis recebem uma pontuação de 1 se estiverem presentes e de 0 se não se verificarem (Nijenhuis et al., 2002). Os totais são calculados onde o trauma ocorreu (família de origem, alargada ou noutras situações) e esses resultados são adicionados. Quanto à ameaça de vida de uma pessoa, dor e punição bizarra, a TEC não considera a configuração em que a experiência ocorreu. Os resultados compostos para a ameaça de vida de uma pessoa, dor e punição bizarra são adicionados aos resultados compostos de abuso físico para as 3 configurações indicadas. Desta forma, a pontuação da gravidade da área de trauma varia de 0 a 12 na negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual, e de 0 a 24 na ameaça corporal. Portanto, este instrumento calcula a gravidade de diferentes áreas de trauma agrupando-os em: trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional), trauma físico (abuso físico e ameaça corporal, dor e punições bizarras) e trauma sexual (abuso sexual e assédio sexual), calculando, também, a gravidade do trauma de natureza familiar. A análise *Receiver Operating Curve* permitiu chegar a um ponto de corte

de 5.5 no que diz respeito ao total de experiências traumáticas, com este valor a discriminar entre amostras clínicas e não clínicas (Espírito-Santo et al., 2013). Na versão portuguesa da TEC, a pontuação média total de presenças traumáticas (numa amostra clínica, incluindo diferentes perturbações, incluindo perturbações alimentares) foi de 9,37 ( $DP = 10,49$ ) e consistência interna total foi muito boa ( $\alpha = 0,93$ ) (Espírito-Santo et al., 2013).

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

A LHA é uma escala constituída por 16 itens que avalia comportamentos chave (e.g., comer grandes quantidades de alimentos) e sintomas afetivos/cognitivos (e.g., perda de controlo, medo e/ou culpa de ser incapaz de parar de comer) de/associados à ingestão alimentar compulsiva (Gormally, Black, Daston e Rardin, 1982; Duarte et al., 2015). Cada item inclui um conjunto de afirmações numeradas (e.g., “1. Geralmente, sei se estou ou não fisicamente com fome. Sirvo-me da quantidade certa de comida para me sentir satisfeito(o)”, “e.g., 2. Por vezes, tenho dúvidas sobre se estou ou não fisicamente com fome. Nessas alturas, é difícil saber quanto devo comer para me sentir satisfeito” e “e.g., 3. Mesmo que soubesse quantas calorias devo ingerir, não faço a mínima ideia de qual é a quantidade “normal” de comida para mim”). Os participantes devem escolher a afirmação que melhor descreve a sua experiência (Duarte et al., 2015). Os itens são classificados numa escala de 3 ou 4 pontos (0 a 3), a pontuação total pode variar entre 0 a 46 pontos medindo, assim, a gravidade da ingestão alimentar compulsiva. Pontuações iguais ou superiores a 27 refletem níveis graves de ingestão alimentar compulsiva, pontuações de 18 a 26 indicam sintomatologia ligeira a moderada de ingestão alimentar compulsiva, enquanto pontuações menores ou iguais a 17 indicam maior probabilidade de ausência de perturbação do comportamento alimentar (ou perturbação mínima). A versão portuguesa da escala revela uma elevada consistência interna ( $\alpha = 0,88$ ) (Duarte et al., 2015). No presente estudo, encontrou-se um valor de alfa de Cronbach de 0,905 (muito bom, segundo DeVellis, 1991).

### **2.3.4. Escala de Impulsividade de Barratt-11/Barratt Impulsivity Scale-11 (EIB; BIS-11; Barratt, 1959; Cruz e Barbosa, 2012)**

Em 1959, Barratt criou a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS), versão para investigação desenvolvida para português europeu por Cruz e Barbosa (2012), com base na versão de Português do Brasil de Malloy-Diniz e colaboradores (2010). A impulsividade foi

descrita como um traço de personalidade complexo, relacionado com a tendência para a realização de ações motoras rápidas, não planeadas que, frequentemente, se mostram ineficientes. A BIS-11 é uma escala de autorrelato composta por 30 itens que avaliam, então, manifestações da impulsividade. Especificamente, o sujeito deve ler cada um dos itens que descrevem formas habituais de agir, considerando o seu próprio comportamento e classificá-lo de acordo com uma escala do tipo Likert de quatro pontos em que “1” equivale a “raramente ou nunca”, “2” a “de vez em quando”, “3” a “com frequência” e “4” a “quase sempre/sempre”. A pontuação total da escala varia entre 30 a 120 pontos, com resultados mais elevados a apontarem para a presença de comportamentos impulsivos. Para além da BIS-11 permitir ter acesso a um resultado global, permite calcular resultados parciais relativos aos três fatores de 1ª ordem constituintes da impulsividade e aos fatores de 2ª ordem: a) fator de 1ª ordem “impulsividade atencional” que tem como fatores de 2ª ordem “atenção psicológica” (itens 5, 9, 11, 20, 28) e “instabilidade cognitiva” (itens 6,24, 26); b) fator de 1ª ordem “motor”, com os fatores de 2ª ordem “motor” (itens 2, 3, 4, 17, 19, 22, 25) e “perseverança” (itens 16, 21, 23, 30; e c) fator de 1ª ordem “não-planeamento” que inclui os fatores de 2ª ordem “autocontrolo” (itens 1, 7, 8, 12, 13, 14) e “complexidade cognitiva” (itens 10, 15, 18, 27, 29). Os seguintes itens são cotados inversamente: 20, 1, 7, 8,9, 10, 12, 13, 14, 15, 29 e 30. No presente estudo foram encontrados os seguintes alfas: impulsividade atencional ( $\alpha = 0,584$ ; não aceitável, segundo De Vellis, 1991), atenção psicológica ( $\alpha = 0,503$ , não aceitável, segundo De Vellis, 1991), instabilidade cognitiva ( $\alpha = 0,412$ ; não aceitável, segundo De Vellis, 1991), motor (1ª ordem) ( $\alpha = 0,690$ , aceitável, segundo De Vellis, 1991), motor (2ª ordem) ( $\alpha = 0,725$ ; bom, segundo De Vellis, 1991), perseverança ( $\alpha = 0,324$ ; não aceitável, segundo De Vellis, 1991), não planeamento ( $\alpha = 0,532$ ; não aceitável), autocontrolo ( $\alpha = 0,580$ , não aceitável, segundo De Vellis, 1991) e complexidade cognitiva ( $\alpha = 0,186$ ; não aceitável, segundo De Vellis, 1991). Optamos por apenas não considerar, neste estudo, os fatores *instabilidade cognitiva*, *perseverança* e *complexidade cognitiva*, uma vez que, segundo Nunnally (1978), em estudos exploratórios, alfas de Cronbach de 0,500 podem ser considerados aceitáveis, permitindo considerar os outros fatores da BIS nas nossas análises.

### **2.3.5. Escala de Suicidabilidade (ES; Castilho, Pinto e Carreiras, 2014)**

A escala SS (Castilho, Pinto e Carreiras, 2014) foi desenvolvida para medir com que frequência um indivíduo tem pensamentos suicidas. É constituída por 11 itens (e.g. “Houve

tempos que eu queria morrer”), que são classificados em 4 pontos numa escala de Likert (“0” equivale a “Há momentos em que nunca acontece a mim” e “4” a “Acontece-me sempre”). Valores mais elevados na escala representam mais pensamentos suicidas. Em termos de consistência interna, os autores apuraram um valor de alfa de Cronbach para a escala total de 0,94 (muito boa, segundo DeVellis, 1991).

#### 2.4. Análise estatística

Realizámos as análises estatísticas recorrendo ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Recorremos a estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Apesar de, segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov, a maioria das variáveis centrais do estudo (pontuação total de LHA e da ES, dimensões da BIS-11, pontuações da TEC) não apresentarem normalidade, conduzimos testes paramétricos dado a nossa amostra apresentar um  $n$  superior a 30. Na análise da fidelidade dos instrumentos usados, consideraram-se os valores de alfa de Cronbach, sendo os mesmos interpretados segundo os critérios de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7: aceitável; entre 0,7 e 0,8: bom; entre 0,8 e 0,9: muito bom. A partir de testes  $t$  de Student para amostras independentes verificamos se existiam diferenças estatisticamente significativas na variável central do estudo (pontuação total na escala LHA), por sexo. Depois de verificarmos que existiam diferenças estatisticamente significativas por sexo nessa pontuação (para além de noutras dimensões consideradas dos outros instrumentos, ainda que não em todos), passamos a realizar as análises seguintes, de interesse, separadamente, por sexo. Conduzimos correlações de Pearson para testar eventuais associações entre a pontuação total de LHA, algumas dimensões específicas da TEC, dimensões da BIS-11, pontuação total da ES, IMC e idade. Para classificar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,01, baixa; 0,30, moderada e 0,50 elevada. Foram realizadas análises de variância (ANOVA) para explorar diferenças na pontuação total de LHA pela variável peso na infância (na amostra total e separadamente por sexo). Depois das associações encontradas realizámos análises de regressão múltipla hierárquica para testar, de entre o IMC, idade, áreas da TEC e dimensões da EMVA que se tinham mostrado associadas à pontuação total da LHA, quais delas eram predictoras significativas desta pontuação (Variável dependente/VD). Foram cumpridas as suposições das análises de regressão: tamanho da amostra [fórmula por Tabachnick e Fidell (2007, p.123) que tem em conta o número de preditores/VIs que pretendemos analisar ( $N$  tem de ser  $> 50 +$



8m; m corresponde ao número de VIs]; ausência de multicolinearidade [atendendo à matriz de correlações entre as variáveis que se mostraram entre si inferiores a 0,7 (Pallant, 2007) e considerando os valores de tolerância/Tolerance e VIF das VIs (valores de tolerância superiores a .10 e de VIF inferiores a 10).

### 3.Resultados

Na Tabela 5 apresentam-se os valores médios, desvios-padrão e intervalos das diferentes dimensões dos instrumentos utilizados no presente trabalho, na amostra total. Importa referir que, na pontuação total da Lista de Verificação de Hábitos Alimentares (LHA; avalia sintomas de ingestão alimentar compulsiva), variável central deste estudo e com a qual pretendemos explorar associações, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas por sexo (masculino,  $M = 22,00$ ;  $DP = 23,72$ ; feminino,  $M = 23,72$ ,  $DP = 7,51$ ;  $t = -2,56$ ;  $p = 0,011$ ). Por este motivo, nas tabelas 5, 6 e 7 apresentamos as correlações entre a pontuação total da LHA e as áreas/pontuação total/dimensões dos potenciais correlatos de ingestão compulsiva (TEC; BIS-11 e ES), separadamente, por sexo. No caso das áreas de trauma não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas por sexo. Verificaram-se, na amostra total, valores médios mais elevados na área da TEC trauma emocional ( $M = 9,29$ ,  $DP = 4,39$ ). Quanto à pontuação total de ES, o valor médio total foi de 5,12 ( $DP = 5,23$ ), com o intervalo a situar-se entre 0 e 28, o que parece apontar para um valor de suicidabilidade relativamente baixo (não se verificaram diferenças significativas por sexo). Relativamente à BIS-11 podemos verificar que o fator de 1ª ordem que apresenta um valor médio mais elevado é a BIS *Não-planeamento* ( $M = 25,06$ ,  $DP = 3,98$ ). Já o fator de 2ª ordem que se destaca por ter o valor mais elevado é a BIS *Auto-controlo* ( $M = 13,41$ ,  $DP = 2,91$ ). Ainda relativamente à BIS-11, apenas foram encontradas diferenças por sexo nas dimensões *Atenção Psicológica* ( $t = 2,347$ ,  $p = 0,020$ ; homens,  $M = 10,09$ ,  $DP = 2,50$ ; mulheres,  $M = 9,47$ ,  $DP = 2,33$ ) e *Autocontrolo* ( $t = 2,868$ ,  $p = 0,005$ ; homens,  $M = 14,07$ ,  $DP = 2,96$ ; mulheres,  $M = 13,16$ ,  $DP = 2,85$ ). Por fim, a pontuação total de LHA foi de 23,21 ( $DP = 7,11$ ), com a maioria dos sujeitos (amostra total e subamostras de mulheres e homens) a pertencer à categoria “ausência de IAC ou IAC mínima” (tal como consta na Tabela 2).

**Tabela 5***Médias e desvios-padrão nas dimensões dos instrumentos TEC, ES, BIS, e LHA*

	Amostra Total	
	M (DP)	Intervalo
TEC Trauma emocional total	9,29 (4,39)	3,00-16,00
TEC Trauma sexual total	0,19 (0,88)	0,00-7,00
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	13,29 (5,79)	3,00-19,00
TEC Trauma familiar	0,74 (1,10)	0,00-8,00
Total de experiências traumáticas	2,07 (2,17)	0,00-13,00
ES total	5,12 (5,23)	0-28
BIS Impulsividade atencional (fator de 1ª ordem)	15,30 (3,30)	9-26
BIS Atenção Psicológica (fator de 2ª ordem)	9,64 (2,39)	5-17
BIS Motor (fator de 1ª ordem)	18,80 (3,98)	11-38
BIS Motor (fator de 2ª ordem)	12,36 (3,19)	7-25
BIS Não-planeamento (fator de 1ª ordem)	25,06 (3,98)	14-40
BIS Auto-controlo (fator de 2ª ordem)	13,41 (2,91)	6-24
LHA total	23,21 (7,11)	16-53

TEC = Trauma Events Checklist; ES = Escala de suicidabilidade; BIS-11 = Barratt Impulsivity Scale-11; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares.

As correlações entre a pontuação total de LHA e áreas/pontuações da TEC (separadamente, por sexo) (Tabela 6) mostraram, nos homens, não existir correlações significativas entre as áreas/pontuações da TEC e a pontuação total de LHA (de IAC). Nas mulheres, as áreas trauma sexual total, trauma familiar e o total de experiências traumáticas correlacionaram-se, de forma positiva (magnitude pequena) com a pontuação total de LHA.

**Tabela 6***Correlações entre as dimensões da LHA, áreas/pontuações da TEC e pontuação total da ES (homens e mulheres)*

	Homens	Mulheres
	LHA total	
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	<b>0,158**</b>
TEC Trauma familiar	NS	<b>0,195**</b>
Total de experiências traumáticas	NS	<b>0,283**</b>
ES total	<b>0,234*</b>	<b>0,445**</b>

Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; TEC = Trauma Events Checklist; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares; ES = Escala de suicidabilidade.

Na Tabela 7 apresentamos as correlações entre a pontuação total da ES e as áreas/pontuações da TEC, nas mulheres e nos homens. Verificou-se que, nos homens, apenas o trauma familiar e o total de experiências traumáticas se associaram de forma positiva à pontuação total da ES (magnitude pequena e moderada, respetivamente). Nas mulheres o trauma sexual e trauma familiar associaram-se positivamente (magnitude pequena) com a pontuação total da ES e com magnitude moderada com o total de experiências traumáticas.

**Tabela 7***Correlações entre a pontuação total da ES e áreas/pontuações da TEC (homens e mulheres)*

	Homens	Mulheres
	ES total	
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	<b>0,211**</b>
TEC Trauma familiar	<b>0,210*</b>	<b>0,186**</b>
<b>Total de experiências traumáticas</b>	<b>0,311**</b>	<b>0,347**</b>

Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; TEC = Trauma Events Checklist; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares; ES = Escala de suicidabilidade.

Na Tabela 8 apresentamos as correlações entre a pontuação total de LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total da ES e dimensões da BIS-11 (fatores de 1ª e 2ª ordem), nos homens. Inserimos na Tabela as dimensões da BIS-11 com que foram encontradas associações significativas, o que não sucedeu com os fatores *Motor* (1ª e 2ª ordem), *Não planeamento* (1ª ordem) e *Autocontrolo* (2ª ordem). A pontuação total de LHA correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude pequena) com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* (BIS-11) e o fator de 2ª ordem (BIS-11) *Atenção Psicológica*. A pontuação total da ES total correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude pequena) com o fator de 2ª ordem (BIS-11) *Atenção Psicológica* e com magnitude moderada com o fator de 1ª ordem (BIS-11) *Impulsividade atencional*. Na Tabela 8 apresentamos as correlações entre a pontuação total de LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total da ES e dimensões da BIS-11 (fatores de 1ª e 2ª ordem), nas mulheres.

**Tabela 8***Correlações entre a pontuação total de LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total da ES e dimensões da BIS-11 (fatores de 1ª e 2ª ordem) (homens)*

	BIS	BIS
	Impulsividade Atencional	Atenção Psicológica
LHA total	<b>0,282**</b>	<b>0,211**</b>
ES total	<b>0,371**</b>	<b>0,268**</b>
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	NS
TEC Trauma familiar	NS	NS
<b>Total de experiências traumáticas</b>	NS	NS

Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; LHA = Lista de Hábitos Alimentares; ES = Escala de suicidabilidade; TEC = Trauma Events Checklist; BIS-11 = Barratt Impulsivity Scale-11.

Na Tabela 9 apresentamos as correlações entre a pontuação total de LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total da ES e dimensões da BIS-11 (fatores de 1ª e 2ª ordem), nas mulheres. Inserimos na Tabela as dimensões da BIS-11 e da TEC com que foram encontradas associações significativas, o que não sucedeu com as áreas/pontuações da TEC

trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal) e trauma emocional total. A pontuação total de LHA correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude pequena) com o fator de 1ª ordem *Motor* e de 2ª ordem *Motor*, fator de 1ª ordem *Não planeamento* e fator de 2ª ordem *Autocontrolo* e com magnitude moderada com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e o fator de 2ª ordem *Atenção Psicológica*. A pontuação total da ES total correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude moderada) com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e com magnitude pequena com os fatores de 2ª ordem *Atenção Psicológica* e *Motor* e e fatores de 1ª ordem *Motor* e *Não planeamento*. A área trauma sexual correlacionou-se significativamente e de forma positiva (magnitude pequena), com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e fator de 2ª ordem *Motor*. Já a área trauma familiar e o total de experiências traumáticas correlacionaram-se significativamente (de forma positiva e com magnitude pequena) com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e o fator de 2ª ordem *Motor*.

**Tabela 9**

*Correlações entre a pontuação total de LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total da ES e dimensões da BIS-11 (fatores de 1ª e 2ª ordem) (mulheres)*

	BIS-11 IA	BIS-11 AP	BIS-11 M (1ª o)	BIS-11 M (2ª o)	BIS-11 NP	BIS-11 AC
<b>LHA total</b>	<b>0,401**</b>	<b>0,332**</b>	<b>0,248**</b>	<b>0,296**</b>	<b>0,189**</b>	<b>0,214**</b>
<b>ES Total</b>	<b>0,315**</b>	<b>0,269**</b>	<b>0,218**</b>	<b>0,235**</b>	<b>0,153**</b>	NS
<b>TEC Trauma sexual tot</b>	<b>0,210**</b>	NS	NS	<b>0,218**</b>	NS	NS
<b>TEC Trauma familiar</b>	<b>0,170**</b>	NS	NS	<b>0,121*</b>	NS	NS
<b>Total de exp. traum.</b>	<b>0,154**</b>	NS	NS	<b>0,121*</b>	NS	NS

*Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares; ES = Escala de suicidabilidade; TEC = Trauma Events Checklist; BIS-11 = Barratt Impulsivity Scale-11; IA = Impulsividade atencional (fator 1ª ordem); AP = Atenção Psicológica (fator 2ª ordem); IC = Instabilidade cognitiva (fator de 2ª ordem); M (1ª o) = Motor (fator de 1ª ordem); M (2ª o) = Motor (fator de 2ª ordem); NP = Não planeamento (fator de 1ª ordem); AC = autocontrolo (fator de 2ª ordem); CC = Complexidade Cognitiva (fator de 2ª ordem).*

Na Tabela 10 apresentamos as correlações entre a pontuação total da LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total da ES, fatores de 1ª e 2ª ordem da BIS-11, idade e IMC nas subamostras masculina e feminina. Dado que não encontramos correlações significativas com a pontuação total de trauma, área de trauma emocional, área de trauma sexual, total de experiências traumáticas, fator de 1ª ordem *Planeamento* e o fator de 2ª ordem *Autocontrolo*, não apresentamos esses resultados em tabela. Nos homens observaram-se correlações de magnitude moderada, positivas entre a pontuação total de LHA e o IMC. Nos homens, a pontuação de trauma familiar correlacionou-se de forma negativa (magnitude pequena) com o IMC. Já a pontuação total da ES, nas mulheres, correlacionou-se

positivamente (magnitude pequena) com o IMC. Quer nos homens, quer nas mulheres, o fator de 1ª ordem Impulsividade atencional correlacionou-se de forma negativa (magnitude pequena) com a idade. O fator de 1ª ordem *Atenção Psicológica* apenas se correlacionou negativamente (magnitude pequena), na amostra masculina com a idade. Nas mulheres, o fator de 2ª ordem *Motor* e fator de 1ª ordem *Motor* correlacionaram-se negativamente com a idade. O fator de 1ª ordem *Motor* ainda se correlacionou negativamente com a Idade nos homens.

**Tabela 10**

*Correlações entre pontuação total de LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total da ES, fatores de 1ª ordem e 2ª ordem da BIS, idade e IMC (homens e mulheres)*

	Homens		Mulheres	
	Idade	IMC	Idade	IMC
<b>LHA (pontuação total)</b>	NS	0,360**	NS	0,356**
<b>TEC Trauma familiar</b>	NS	-0,189*	NS	NS
<b>ES total</b>	NS	NS	NS	0,172**
<b>BIS-11 Impulsividade atencional (1ª ordem)</b>	-0,185*	NS	-0,172**	NS
<b>BIS-11 Atenção Psicológica (2ª ordem)</b>	-0,194*	NS	NS	NS
<b>BIS-11 Motor (1ª ordem)</b>	-0,196*	NS	-0,178**	NS
<b>BIS-11 Motor (2ª ordem)</b>	NS	NS	-0,162**	NS

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

Através de uma análise de variância (ANOVA), na amostra total e separadamente, por sexo, exploramos diferenças na pontuação total de LHA, em função da variável “peso relatado na infância”. Verificaram-se diferenças na amostra total e nas mulheres (não apresentamos os resultados relativos aos homens, em tabela) [respetivamente,  $F(3, 408) = 13,34, p \leq 0,001$ ;  $F(3, 291) = 12,42, p \leq 0,001$ ]. Na amostra total, as pessoas que relataram ser magro/a(s) na infância apresentaram uma pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ( $M = 21,56, DP = 6,33$ ) vs. pessoas que relataram ter excesso de peso ( $M = 26,89; DP = 9,02$ ) ou obesidade ( $M = 32,17; DP = 10,94$ ). As que referiram ter peso normal na infância também apresentaram pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ( $M = 22,37; DP = 6,04$ ) vs. as pessoas que afirmaram ter excesso de peso ( $M = 26,89; DP = 9,02$ ) ou obesidade ( $M = 32,17; DP = 10,94$ ). Nas mulheres, as pessoas que relataram ser magro/a(s) na infância apresentaram uma pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ( $M = 21,98, DP = 7,03$ ) vs. as que relataram ter excesso de peso ( $M = 27,95; DP = 9,36$ ) ou obesidade ( $M = 34,40; DP = 10,60$ ). As pessoas que referiram ter peso normal na infância apresentaram pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ( $M = 22,69; DP = 6,27$ ) vs. as que afirmaram ter excesso de peso ( $M = 27,95; DP = 9,36$ ) ou obesidade ( $M = 34,40; DP = 10,60$ ) (Tabela 11).

**Tabela 11***Análise de variância: impacto do peso relatado na infância na pontuação total de LHA*

		Amostra total						
		Magro(a) (1) <i>M (DP)</i>	Peso normal (2) <i>M (DP)</i>	Excesso de peso (3) <i>M (DP)</i>	Obesidade (4) <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Post- hoc $\Phi$
<b>LHA</b>	<b>(pontuação</b>	21,56	22,37	26,89	32,17	13,34	$\leq 0,00$	1 < 3,4
<b>total)</b>		(6,33)	(6,04)	(9,02)	(10,94)	2	1	2 < 3,4
		Mulheres						
<b>LHA</b>	<b>(pontuação</b>	21,98	22,69	27,95	34,40	12,42	$\leq 0,00$	1 < 3,4
<b>total)</b>		(7,03)	(6,27)	(9,36)	(10,60)	4	1	

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

Dado querermos analisar o papel preditor do IMC, das áreas da TEC, pontuação total da ES e dimensões da BIS para a pontuação total da LHA, e posteriormente, o eventual papel mediador da pontuação total da ES e das dimensões da BIS na relação das áreas da TEC com a pontuação total de ingestão compulsiva, e visto que apenas no caso das mulheres se verificaram associações entre a pontuação total de LHA e as áreas da TEC, total da ES, dimensões da BIS e IMC e entre áreas da TEC, total da ES, dimensões da BIS e IMC, através de uma análise de regressão múltipla hierárquica, fomos avaliar a capacidade do IMC, introduzido num primeiro bloco, das áreas da TEC (sexual e familiar) e total de experiências traumáticas introduzidas num segundo bloco, da pontuação total de ES introduzida num terceiro bloco, e das dimensões da BIS (optamos por considerar os fatores de 1ª ordem nesta análise), introduzidas num quarto bloco, a predizer a variável dependente (VD), pontuação total da LHA, na subamostra das mulheres. O tamanho da amostra necessário, tendo em conta os 8 preditores ( $N = 114$ ) foi cumprido. Foi verificada a ausência de multicolinearidade entre as variáveis. Os valores de Tolerância e VIF exigidos foram cumpridos. O IMC explicou 12,7% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva. Depois de introduzir num segundo bloco a área trauma sexual, a área trauma familiar e o total de experiências traumáticas a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 18,9%,  $F(4,289) = 16,863$ ,  $p \leq 0,001$ . Estas variáveis explicaram uma variância adicional de 6,2% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, depois de controlar o IMC, mudança do  $R^2 = 0,062$ , mudança do  $F(2,289) = 7,406$ ,  $p \leq 0,001$ . Depois de introduzir num terceiro bloco a pontuação total de suicidabilidade (ES) a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 29,4%,  $F(5,288) = 23,997$ ,  $p \leq 0,001$ . Estas variáveis explicaram uma variância adicional de 10,5% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, depois de controlar o IMC e as áreas da TEC (e total de experiências traumáticas), mudança do  $R^2 = 0,105$ , mudança do  $F(1,288) = 42,783$ ,  $p \leq 0,001$ . Depois de

introduzir num quarto bloco os fatores de 1ª ordem *impulsividade atencional, motor e não planeamento* a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 37,6%,  $F(8,285) = 21,476$ ,  $p \leq 0,001$ . Estas variáveis explicaram uma variância adicional de 8,2% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, depois de controlar o IC, as áreas da TEC (e total de experiências traumáticas) e a pontuação total da ES, mudança do  $R^2 = 0,082$ , mudança do  $F(3,285) = 12,488$ ,  $p \leq 0,001$ . Três variáveis mostraram oferecer uma contribuição significativa para a VD: IMC ( $\beta = 0,089$ ,  $p \leq 0,001$ ), pontuação total de ES ( $\beta = 0,074$ ,  $p \leq 0,001$ ) e fator de 1ª ordem Impulsividade atencional da BIS ( $\beta = 0,139$ ,  $p \leq 0,001$ ) (Tabela 12).

**Tabela 12**

*Regressão múltipla hierárquica, predizendo a pontuação total de LHA, através das VIs IMC, trauma sexual, trauma familiar e total de experiências traumáticas, total de suicidabilidade (ES) e fatores de 1ª ordem da BIS (impulsividade atencional, motor e não planeamento)*

Preditor	LHA (pontuação total)	
	$\Delta R^2$	B
<b>Passo 1</b>	<b>0,127***</b>	-
IMC	-	<b>0,089***</b>
<b>Passo 2</b>	<b>0,189***</b>	-
Área trauma sexual	-	NS
Área trauma familiar	-	NS
Total de experiências traumáticas (TEC)	-	NS
<b>Passo 3</b>	<b>0,294***</b>	-
Pontuação total de ES	-	<b>0,074***</b>
<b>Passo 4</b>	<b>0,376***</b>	-
Impulsividade atencional	-	<b>0,139***</b>
Motor	-	NS
Não planeamento	-	NS
Total $R^2$	0,986***	-
F (modelo final)	21,476***	-

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

#### 4. Discussão e Conclusão

O principal objetivo desta dissertação passava por averiguar, numa amostra da população geral e de estudantes universitários, se existe uma relação entre diferentes áreas de acontecimentos traumáticos, impulsividade, suicidabilidade e a ingestão alimentar compulsiva, bem como explorar o eventual papel preditivo das primeiras três variáveis para este comportamento compulsivo.

Cristiana Duarte, referisse que encontramos percentagens similares de binge moderado e grave às que ela e colaboradores encontraram (segundo os pontos de corte) (Julgo que isso está na Tabela 3).

Comparando os valores encontrados nos estudos de Duarte et al., (2014, 2015) e Duarte e Pinto-Gouveia (2017) com os valores totais de LHA no nosso estudo podemos verificar algumas similaridades, embora com amostras diferentes. No presente estudo os valores totais de LHA correspondem a 91,4 % (sem IAC), 5,9 % (IAC ligeira a moderada) e 2,6 % (IAC grave) em Duarte e colaboradores (2014) (1008 estudantes universitárias) os valores de IAC foram 92,7 % (sem IAC), 5,2 % (ligeiro a moderado) e 2,1 % (sem IAC). Em 2015 Duarte e colaboradores encontraram valores muito próximos dos já referenciados 92,7 % (sem IAC),

5,5 % (ligeiro a moderado) e 1,8 % (sem IAC) (amostra com 329 mulheres estudantes e 108 da população geral).

Já em 2017 Duarte e Pinto- Gouveia, recorrendo ao modelo não percebi .....  
Comparando o valor médio da Es ...

Para além disso, deve comparar o valor médio da pontuação total da ES com o valor médio que o Diogo encontrou na amostra dele. E fazer o mesmo quanto à BIS (pelo menos quanto aos valores médios dos fatores de 1ª ordem) - ver se os seus valores médios são inferiores ou superiores ao da amostra do estudo de validação portuguesa da BIS. Espero ter-me explicado bem.

As correlações mostraram que nas mulheres as áreas *trauma sexual total*, trauma familiar e o *total de experiências traumáticas* correlacionaram-se de forma positiva com a *pontuação total de LHA*. A bibliografia encontrada sobre a temática apoia novamente os nossos resultados ao evidenciar que acontecimentos traumáticos acontecidos durante a infância podem ter consequências sérias na idade adulta, uma vez que as pessoas estão em pleno desenvolvimento, possuindo por isso menos defesas psicológicas (Vaz, 2007). As experiências negativas em idades precoces também podem influenciar a saúde física e mental do sujeito nas várias fases da vida (Brás, 2008). Algumas investigações têm mostrado a existência de associações significativas entre as PCAs e os vários tipos de trauma, nomeadamente o abuso físico (e.g., Rorty e Yager, 1996), a agressão sexual (e.g., Dansky et al., 1997) e o assédio sexual (Harned, 2000). Ingram (2001) destaca o impacto do trauma sexual, considerando um fator preponderante no desenvolvimento da perturbação alimentar. Os estudos ainda mostram que mesmo os sintomas subclínicos de *binge eating* podem ter um impacto negativo na saúde física e mental das pessoas (Striegel-Moore et al., 2000).



Nos homens, apenas o *trauma familiar* e o *total de experiências traumáticas* se associaram de forma positiva à *pontuação total da ES*. Nas mulheres, o *trauma sexual* e o *trauma familiar* associaram-se positivamente com a *pontuação total da ES* e com o *total de experiências traumáticas*. Neste âmbito, a literatura refere que a forma como se experiencia um acontecimento traumático é variável, implicando diferentes consequências ao nível dos processos mentais (e.g., baixa autoestima, depressão e ansiedade) que vulnerabilizam as pessoas para o desenvolvimento de um grande número de dificuldades, depressão, PCAs, entre outras (APA, 2000; Fischer et al., 2010; Kenedy, Ip, Samra e Gorzalka, 2007). Se os acontecimentos traumáticos podem ser potenciais correlatos das PCAs e, particularmente da PIAC, o que dizer de outras variáveis, como a suicidabilidade? Uma hipótese explicativa para este resultado, e tendo por base os autores referidos anteriormente, poderá ser o facto de o trauma causar danos emocionais, ou seja, uma experiência de dor e sofrimento psicológico tão exacerbado que pode levar a pessoa a desenvolver pensamentos/ideação suicida.

Nos homens, a *pontuação total de LHA* correlacionou-se de forma significativa e positiva com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e o fator de 2ª ordem *Atenção Psicológica*. A *pontuação total da ES* correlacionou-se de forma significativa e positiva com o fator de 2ª ordem *Atenção Psicológica* e com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional*. A recente pesquisa de Bernard e colaboradores (2017) corrobora os nossos dados, evidenciando que as pessoas com maiores níveis de impulsividade mostram maior probabilidade de desenvolver obesidade, verificando-se com mais frequência nos homens. Ainda no que concerne à relação entre a suicidabilidade e impulsividade, a literatura sublinha que alguns dos fatores de risco associados à suicidabilidade, em adolescentes, são os aspetos da personalidade e temperamento, particularmente variáveis como a impulsividade, agressividade, entre outras (e.g., Park, et al., 2006).

Nas mulheres, a *pontuação total de LHA* correlacionou-se de forma significativa e positiva com o fator de 1ª ordem *Motor* e de 2ª ordem *Motor*, fator de 1ª ordem *Não planeamento* e fator de 2ª ordem *Autocontrolo*, com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e o fator de 2ª ordem *Atenção Psicológica*. A *pontuação total da ES total* correlacionou-se de forma significativa e positiva com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e com os fatores de 2ª ordem *Atenção Psicológica* e *Motor*, e fatores de 1ª ordem *Motor* e *Não planeamento*. A área *trauma sexual* correlacionou-se significativamente e de forma positiva com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e com o fator de 2ª ordem *Motor*. Já a área *trauma familiar* e o *total de experiências traumáticas* correlacionaram-se significativamente e de forma positiva

com o fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional* e o fator de 2ª ordem *Motor*. A literatura apoia os nossos resultados, salientando que a impulsividade é uma característica relevante nos sujeitos com PCA (Juarascio et al., 2015). Pereira e Chehter (2011) ainda acrescentam que a impulsividade e a compulsão alimentar estão intimamente associadas ao consumo excessivo de alimentos hipercalóricos, contribuindo para a obesidade. A este nível, Hudson et al. (2007) referem que sujeitos obesos, com ingestão compulsiva, têm taxas elevadas de perturbações de controlo dos impulsos. Hege e colaboradores (2014), no seu estudo, também concluíram que níveis elevados de impulsividade atencional estão associados à presença de PIAC. No que respeita à associação entre a suicidabilidade e impulsividade, Park, e colaboradores (2006) referem que existem fatores de risco associados à suicidabilidade, nomeadamente a personalidade e temperamento, envolvendo igualmente a impulsividade. Uma hipótese explicativa para a associação entre o trauma e a impulsividade pode estar relacionada com a ideia de que a vivência de um acontecimento traumático, devido ao seu impacto emocional, que varia de pessoa para pessoa, tem implicações diferentes ao nível mental, como por exemplo, o desenvolvimento de baixa autoestima, perda de controlo dos impulsos, etc.

Nos homens observaram-se correlações positivas entre a *pontuação total de LHA* e o *IMC*. Nos homens, a pontuação de *trauma familiar* correlacionou-se de forma negativa com o *IMC*. Já a pontuação total da *ES*, nas mulheres, correlacionou-se positivamente com o *IMC*. Neste âmbito, a literatura confirma os nossos dados ao revelarem a associação positiva entre a compulsão alimentar e o aumento do *IMC* (Villarejo et al., 2012). Geliebter (2002) também documenta que indivíduos com PIAC tendem a apresentar maior *IMC* do que pessoas com *BN*. O estudo de Carpenter e colaboradores (2000) dá um contributo importante, onde os autores concluíram que o aumento do *IMC*, no sexo feminino, está associado ao risco aumentado de tentativas de suicídio e depressão. Salientam igualmente que este risco está diminuído no caso dos homens. Alguns autores ainda asseguram que pessoas com PIAC têm taxas elevadas de tentativas de suicídio (Pisetsky et al., 2013).

Na amostra total e na subamostra de mulheres, as pessoas que relataram ser magras na infância e as pessoas que referiram ter peso normal na infância, ambas apresentaram uma pontuação média de ingestão alimentar compulsiva menor. A bibliografia corrobora os nossos resultados ao referenciarem que indivíduos com obesidade possuem maior probabilidade de apresentar *binge eating*, comparando com os sujeitos com peso normal (Nattaci e Júnior, 2011).

Ao analisarmos o papel preditor do IMC, das áreas da TEC, pontuação total da ES e dimensões da BIS para a pontuação total da LHA, na subamostra das mulheres, verificamos que três variáveis mostraram oferecer uma contribuição significativa para a VD: *IMC*, *pontuação total de ES* e fator de 1ª ordem *Impulsividade atencional*. A literatura confirma os nossos resultados ao revelarem a associação positiva entre a compulsão alimentar e o aumento do IMC (Villarejo et al., 2012). O suicídio em pessoas com PCAs é pouco considerado na investigação (Pompili, et al., 2006), no entanto, parece existir o reconhecimento de um risco elevado de suicídio em pessoas com PCAs, quando comparadas com a população geral (Lewinsohn, et al., 2000). Ainda constatamos que, segundo Hege e colaboradores (2014), níveis elevados de impulsividade atencional estão relacionados com a presença de PIAC, mostrando a incapacidade de inibir a resposta alimentar disfuncional.

A parte final deste estudo remete para a reflexão sobre as limitações, contributos mais importantes e sugestões para futuros trabalhos, fazendo referência às principais conclusões da presente investigação.

Quanto às limitações do estudo, importa referir que o tempo de espera de respostas para realização do mesmo, limitou a rápida progressão da análise. Em virtude deste facto, houve necessidade de alargar a nossa amostra à população em geral. As variáveis centrais do estudo que foram avaliadas através de autorrelato, bem como o IMC e o próprio relato a propósito do peso na infância, pode ter alterado alguns dos dados recolhidos. Como referido anteriormente, a dimensão e extensão do protocolo relativo ao projeto onde este estudo se insere, pode ser umas das condicionantes dos resultados (ainda que os valores de consistência interna encontrados não apontem nesse sentido). Destaca-se ainda que o estado emocional e psicológico dos sujeitos quando responderam ao protocolo, possivelmente influenciou a tendência de resposta. Este projeto é um estudo transversal, motivo pelo qual não se realizaram análises de regressão e mediação. Para futuros estudo sé importante ressaltar a importância das terapias de 3º Geração, como recurso terapêutico para regulação emocional mais adaptativa, esperando uma diminuição da ocorrência de ingestão alimentar compulsiva e, consequentemente a redução do peso e melhoria da qualidade de vida em pessoas que sofrem de IAC/IAC elevadas.

Conhecer os antecedentes e consequências dos comportamentos de binge eating é essencial para delinear eventuais planos de intervenção. O binge eating tem sido visto como resultado de uma regulação emocional inadequada, que se expressa na tentativa de controlar, evitar, escapar de experiências internas negativas, como: pensamentos difíceis, emoções

dolorosas ou percebidas como incontrolláveis (Arnou, Kenardy e Agras, 1992; Goldfield, Adamo, Rutherford e Legg, 2008; Heatherton e Baumeister, 1991; Lillis et al., 2011).

### Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição* (DSM-5). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Quarta Edição* (DSM-4). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antony, M., Johnson, W., Carr-Nangle, R., e Abel, J. (1994). Psychopathology correlates of binge eating. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 386-392. doi:10.1016/0010-440x(94)90280-1
- Backholm, K., Isomaa, R., e Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European Journal Of Psychotraumatology*, 4(1), 22482. doi: /10.3402/ejpt.v4i0.22482
- Bénard, M., Camilleri, G., Etilé, F., Méjean, C., Bellisle, F., Reach, Hercberg, S., e Sandrine, P. (2017). Association between Impulsivity and Weight Status in a General Population. *Nutrients*, 9(3), 217. doi: 10.3390/nu9030217
- Berge, J., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., e Neumark-Sztainer, D. (2011). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1355-1363. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x
- Brás, M. (2008). *Acontecimentos de Vida Negativos, Padrões de Vinculação e Ideação Suicida*. Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica. Faro: Universidade do Algarve.
- Braet, C. (2006). Patient Characteristics as Predictors of Weight Loss after an Obesity Treatment for Children. *Obesity*, 14 (1), 148-155. doi:10.1038/oby.2006.18
- Brewerton, T. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285-304. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Briere, J., Spinnazola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401-412
- Carmo, C. (2007). *A Personalidade como factor de risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar*. In M. Siqueira, S. Jesus, e V. Oliveira. (Eds.), *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (pp.199-218). São Paulo: Universidade Metodista.
- Carpenter, K., Hasin, D., Allison, D., e Faith, M. (2000). Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health Public Health*, 7, 90-251-257. doi: 10.2105/ajph.90.2.251.
- Carreteiro, T. A. (2005). Corpo e contemporaneidade. *Psicologia em Revista*, 11(17), 62-76. Acedido a 24, outubro, 2017 em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682005000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000100005)
- Condeço Balbino Manuel, L. (2016). *Perturbações Alimentares, a ansiedade e a percepção da imagem corporal, em contexto académico*. Mestrado em Psicologia, no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida., Lisboa
- Conner, K. R., Meldrum, S., Wiczorek, W. F., Duberstein, P. R. e Welte, J. W. (2004). The Association of Irritability and Impulsivity with Suicidal Ideation Among 15- to 20-Year-Old Males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 363-373. doi: 10.1521/suli.34.4.363.53745.
- Costa, D. (2015). *Conceito de Binge Eating*. Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade do Minho; Pós-Graduação em Gestão de Recursos Humanos. Fafe. Acedido a 20, Agosto, 2017 em: <http://knoow.net/author/diana-costa/>
- Crow, S., Swanson, S., le Grange, D., Feig, E., e Merikangas, K. (2014). Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1534-1539. .doi: 10.1016/j.comppsy.2014.05.021

- Crow, S., Stewart, A., W., Halmi, K., Mitchell, J., e Kraemer, H. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal Of Eating Disorders*, 32(3), 309-318. doi: 10.1002/eat.10088
- Couto, C. T. (2013). *Depressão Antenatal e suicidabilidade: estudo de amostra de gestantes com alto e baixo risco obstétrico*. Dissertação de Mestrado em Medicina Molecular, da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Acedido em 18, outubro, em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9DUG9F/disserta\\_\\_tiago\\_couto\\_\\_vers\\_o\\_final.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9DUG9F/disserta__tiago_couto__vers_o_final.pdf?sequence=1)
- Dakanalis, A., Carrà, G., Timko, A., Volpato, C., Pla-Sanjuanelo, J., & Zanetti, A. et al. (2015). Mechanisms of influence of body checking on binge eating. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 15(2), 93-104. doi:10.1016/j.ijchp.2015.03.003
- Demirbas, H., e Gursel, C. (2012). Examination of Anger and Suicidal Behaviors among University Students. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 47, 2093-2098. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.955.
- Díaz-Marsá, M., Luis, J., e Sáiz, J. (2000). A Study Of Temperament and Personality in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal Of Personality Disorders*, 14(4), 352-359. doi: 10.1521/pedi.2000.14.4.352.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., e Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors*, 15(4), 638-643. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.08.025
- Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R.J., Gale, C., Morris, L., Gouveia, J.P., et al. (2017) The Impact of Shame, Self-Criticism and Social Rank on Eating Behaviours in Overweight and Obese Women Participating in a Weight Management Programme. *PLoS ONE* 12: e0167571. doi:10.1371/journal.pone.0167571
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. e Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, 18, 41-47. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.03.007
- Emborg, C. (1999). Mortality and causes of death in eating disorders in Denmark 1970–1993: A case register study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 243-251. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199904)25:3<243::aid-eat1>3.3.co;2-u
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Martins, L. e Xavier, M. (2013). *The portuguese traumatic experiences checklist (TEC): psychometrics and prevalence of traumatic experiences* [Resumo de Póster apresentado no 21st European Congress of Psychiatry. Nice, France]. *European Psychiatry*, 28(1). doi:10.1016/S0924-9338(13)76554-4.
- Fairburn, C. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa. *Archives Of General Psychiatry*, 54(6), 509. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830180015003
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., e Welch, S. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives Of General Psychiatry*, 56(5), 468. doi:10.1001/archpsyc.56.5.468
- Favaro, A., e Santonastaso, P. (1999). Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(1), 57-60. doi: 10.1016/s0010-440x(99)90078-0
- Ferreira, F., Mota, J., Duarte, J. (2012). Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 30(1), 47-54. doi:10.1016/j.rpsp.2012.03.002
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2013). Physical appearance as a measure of social ranking: The role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 55–66. doi:10.1002/cpp.769
- Ghaderi, A., e Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 122-130. doi:1034/j.1600-0447.2001.00298.x
- Geliebter, A. (2002). New developments in binge eating disorder and the night eating syndrome. *Appetite*, 39(2), 175-177. doi.:10.1006/appe.2001.0472
- Goldfein, J., Walsh, B., Devlin, M., Lachaussee, J., e Kissileff, H. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 427-431. doi.: 10.1002/1098-108x(199312)14:4<427::aid-eat2260140405>3.0.co;2

- Goldschmidt, A., Jones, M., Manwaring, J., Luce, K., Osborne, M., Cunning, D. et al. (2008). The clinical significance of loss of control over eating in overweight adolescents. *International Journal Of Eating Disorders*, 41(2), 153-158. doi:10.1002/eat.20481
- Gonçalves, A.,M. (2014) *Avaliação do Risco de suicídio em estudantes do ensino superior Politécnico: Prevalência e fatores associados* (2014). Dissertação para obtenção do Grau de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido a 19, outubro, 2017 em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81177/2/33355.pdf>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. e Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), pp.47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Grilo, C.M.- Binge eating disorder. In: *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Fairburn, C.G.; Brownell K.D. (eds). 2 ed., pp. 178-82, 2002.
- Hay P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371–382. [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7). doi:10.1002/(sici)1098-108x(199805)23:4<371::aid-eat4>3.0.co;2-f
- Hege, M., Stingl, K., Kullmann, S., Schag, K., Giel, K., Zipfel, S. e Preissl, H. (2014). Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks. *International Journal of Obesity*, 39(2), 353-360. Acedido a 23, outubro, 2017 em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24909828>
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., Kessler, R. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Kell, P. K., Leon, G. R., e Fulkerson, J. A. (2001). Vulnerability to Eating Disorders in Childhood and Adolescence. In R.E. Ingram & J.M. Price. (Eds.), *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan* (pp. 389-411). New York: The Guilford Press.
- Kent, A., Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887-903. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00018-5
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V. et al. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kuehnel, R., Wadden, T. (2010). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal Of Eating Disorders*, 15(4), 321-329. doi: 10.1002/eat.2260150403
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., e Izcic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 129-135. doi.:10.1111/j.1440-1614.2006.01759.x
- Leehr, E., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.12.008
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H., e Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292. doi:/10.1097/00004583-200010000-00016
- Machado P. P. (2003). Eating Disorders in Portugal: Contribution of possible cultural correlates. In G. Ruggiero (Ed.) *Eating Disorders in Mediterranean area: An exploration in transcultural psychology*. New York: NOVA.
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H., Rupp, C., Lackner-Seifert, K., Frey, N., & Whitworth, A. et al. (2013). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *International Journal Of Eating Disorders*, 47(3), 320-324. doi: 10.1002/eat.22232
- Pope, H., e Kinzl (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 320-324. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22232>

- McGee, R., e Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23(5), 569-82. doi:10.1006/jado.2000.0344
- Morins M., Fonseca S., Mendes A., Ribeiro J., Silva L., Cruz M. (2006). "Binge Eating" – A propósito de um Caso Clínico. *Revista Comportamento Alimentar*, 3(9), 9-12. Acedido a 24, ourubro, 2017 em : <http://www.psinove.com/bulimia-nervosa>
- Natacci, L., Ferreira Júnior, M. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394. doi:10.1590/s1415-52732011000300002
- Nielsen, S., Møller-Madsen, S., Isager, T., Jørgensen, J., Pagsberg, K., Theander, S. (1998). Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal Of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 413-434. doi:10.1016/s0022-3999(97)00267-5
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.) New York: Mc Gorowtill.
- Oliveira, L.L., Hutz, C.S. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspetos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 575-82. doi:10.1590/s1413-73722010000300015
- Pallant, J. (2007). *SPSS: Survival manual* (3 rd ed.). New York: Open University Press.
- Panagioti, M., Gooding, P., Tarrrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 471-482. doi:10.1016/j.cpr.2009.05.001.
- Pereira, A., e Cardoso, F. (2015). Ideação Suicida em Estudantes Universitários: Prevalência e Associação com a Escola e o Género. *Paidéia*, 25(62), 299-306. ISSN 0103-863X. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272562201503>.
- Pisetsky, E., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N., e Bulik, C. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1042-1056. Doi:10.1037/a0034902.
- Pisetsky, E., Crow, S., e Peterson, C. (2016). An empirical test of the interpersonal theory of suicide in a heterogeneous eating disorder sample. *International Journal Of Eating Disorders*, 50(2), 162-165. doi:10.1002/eat.22645
- Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A., e Tatarelli, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating Behaviors*, 7(4), 384-394. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.12.004
- Ramiro, L., Madrid, B. e Brown, D. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 842-855. doi:10.1016/j.chiabu.2010.02.012
- Ratnasuriya, R., Eisler, I., Szmukler, G., Russell, G. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *The British Journal Of Psychiatry*, 158(4), 495-502. doi:10.1192/bjp.158.4.495
- Sanftner, J., Barlow, D., Marschall, D., e Tangney, J. (1995). The Relation of Shame and Guilt to Eating Disorder Symptomatology. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 14(4), 315-324. doi: 10.1521/jscp.1995.14.4.315
- Santo, Helena M. A. E; Chambel, António; Rocha, Paula. TEC - Escala das experiências traumáticas - Versão Portuguesa, 2008.
- Silva, S., e Maia, A. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista De Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 32(3), 69-72. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082010005000002>.
- Striegel-Moore, R., Cachelin, F., Dohm, F., Pike, K., Wilfley, D., e Fairburn, C. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal Of Eating Disorders*, 29(2), 157-165. doi:10.1002/1098-108x(200103)29:2<157::aid-eat1005>3.0.co;2-8.
- Tabachnick, B.G., e Fidell, L.S. (2007) *Using Multivariate Statistics*, 5th Edition. Boston: Allyn and Bacon.
- Tavris, C. (1989). *Anger: the misunderstood emotion*. New York: Touchstone.
- Tillman, K.S., e Sell, D.M. (2013). Help-seeking intentions in college students: an exploration of eating disorder specific help-seeking and general psychological help-seeking. *Eating Behaviors*, 14(2), 184-6. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.02.004

- Ural, C., Belli, H., Akbudak, M., Solmaz, A., Bektas, Z., e Celebi, F. (2017). Relation of binge eating disorder with impulsiveness in obese individuals. *World Journal Of Psychiatry*, 7(2), 114. doi:10.5498/wjp.v7.i2.114
- Villarejo, C., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Peñas-Lledó, E., Granero, R., Penelo, E., et al. (2012). Lifetime obesity in patients with eating disorders: Increasing prevalence, clinical and personality correlates. *European Eating Disorders Review*, 20, 250–254
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª Edição). Coimbra: Revista e Aumentada.
- Wilcox, H., Arria, A., Caldeira, K., Vincent, K., Pinchevsky, G., e O'Grady, K. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 287-294. doi: 10.1016/j.jad.2010.04.017
- Wonderlich, S.A., Crosby, D.R., Mitchell, E.J., Thompson, M.K., Reddlin, J., Demuth, G., et al. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal Of Eating Disorders*, 30(4), 401-412, 2001. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.1101>
- Xie, Y., e DeVellis, R. (1992). Scale Development: Theory and Applications. *Contemporary Sociology*, 21(6), 876. doi: 10.2307/2075704.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse e Neglect*, 28(8), 863-875. doi.:10.1016/j.chiabu.2004.01.009



# Apêndices

## **Apêndice A - Consentimento Informado**

### **Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica**

Este trabalho de investigação decorre no âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga, sob orientação da Professora Doutora Mariana Marques. Tem como principais objetivos analisar associações entre o comportamento de ingestão alimentar compulsiva e diferentes variáveis, como a vivência de experiências traumáticas e de dissociação, a autoaversão, a impulsividade e as dificuldades em regular as emoções.

Para concretizar estes objetivos, necessitamos da **colaboração exclusiva de estudantes universitários (de qualquer área de estudo, dos 18 aos 65 anos)**.

A sua colaboração torna-se fundamental. Assim, necessitamos que responda a um conjunto de questionários de resposta rápida e a um breve questionário sociodemográfico.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir, se assim o desejar, a qualquer momento. Os dados recolhidos neste estudo são totalmente confidenciais e apenas serão usados para fins estatísticos. Os investigadores estão disponíveis para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante.

---

Declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) do estudo e dos seus objetivos, tendo compreendido os mesmos. Entendi e aceito responder a um conjunto de questionários. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária e que é possível desistir dele a qualquer momento. Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial.

Rubrica ou Assinatura: \_\_\_\_\_

Coimbra, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gratos pela atenção!

Ana Cláudia Miranda Ribeiro: anaclaudia\_aac@hotmail.com/nº tlm: 919897361

Cidália Maria Luzia Alves Bernardo: ciml Alves@gmail.com/nº tlm: 966266565

Pedro Miguel de Oliveira Correia: pemicorreia@hotmail.com/nº tlm:911528924

Sandra Patrícia Simões Soares: sandra.soares.93@hotmail.com/nº tlm:910325425

Paula Cristina Simões de Oliveira: paulajc@sapo.pt/nº tlm:916792221

A orientadora: Mariana Vaz Pires Marques (mvpmarques@gmail.com; nº tlm: 917102303)

## Apêndice B-Consentimento Informado

### Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica

Este trabalho de investigação decorre no âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga, sob orientação da Professora Doutora Mariana Marques. Tem como principais objetivos analisar associações entre o comportamento de ingestão alimentar compulsiva e diferentes variáveis, como a vivência de experiências traumáticas e de dissociação, a autoaversão, a impulsividade e as dificuldades em regular as emoções.

Para concretizar estes objetivos, necessitamos da **colaboração de pessoas de nacionalidade Portuguesa, dos 18 aos 65 anos de idade.**

A sua colaboração torna-se fundamental. Assim, necessitamos que responda a um conjunto de questionários de resposta rápida e a um breve questionário sociodemográfico.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir, se assim o desejar, a qualquer momento. Os dados recolhidos neste estudo são totalmente confidenciais e apenas serão usados para fins estatísticos.

Os investigadores estão disponíveis para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante. \_\_\_\_\_

Declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) do estudo e dos seus objetivos, tendo compreendido os mesmos. Entendi e aceito responder a um conjunto de questionários. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária e que é possível desistir dele a qualquer momento. Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial.

Rubrica ou Assinatura: \_\_\_\_\_

Coimbra, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gratos pela atenção!

Ana Cláudia Miranda Ribeiro: anaclaudia\_aac@hotmail.com/nº tlm: 919897361

Cidália Maria Luzia Alves Bernardo: ciml Alves@gmail.com/nº tlm: 966266565

Pedro Miguel de Oliveira Correia: pemicorreia@hotmail.com/nº tlm:911528924

Sandra Patrícia Simões Soares: sandra.soares.93@hotmail.com/nº tlm:910325425

Paula Cristina Simões de Oliveira: paulajc@sapo.pt/nº tlm:916792221

A orientadora: Mariana Vaz Pires Marques (mvpmarques@gmail.com; nº tlm: 917102303)

## Apêndice C- Questionário sociodemográfico

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Estado Civil:

Solteiro (a)  Casado (a) união de facto  Separado (a) ou Divorciado (a)

Viúvo (a)

4. Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm

5. Frequenta que curso:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

8. É estudante-trabalhador (a)?

Sim  Não

9. Se é estudante-trabalhador(a), qual é a sua profissão?

\_\_\_\_\_

10. Considera que na sua infância/adolescência era/tinha:

Magro/a  Peso normal  Excesso de peso  Obesidade

## Apêndice D- Questionário sociodemográfico



1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Estado Civil:

Solteiro (a)  Casado (a) união de facto  Separado (a) ou Divorciado (a)

Viúvo (a)

4. Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm

5. É estudante universitário? Sim  Não

6. Qual a sua escolaridade?

1º Ciclo (4ª classe)  2º ciclo (6º ano)  3º ciclo (9º ano)  Secundário

Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Outra: Qual: \_\_\_\_\_

7. Se é estudante universitário/a frequenta que curso? (escreva “não se aplica” se não for estudante)

\_\_\_\_\_

8. Se respondeu que é estudante universitário/a, é estudante-trabalhador/a?

Sim  Não  o se aplica

9. Se trabalha (sendo ou não estudante-trabalhador/a), qual a sua profissão?

\_\_\_\_\_

10. Considera que na sua infância/adolescência era/tinha:

Magro/a  Peso normal  Excesso de peso  Obesidade