



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Juliana Furtado D`Augustin

**As relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos
com transtornos alimentares**

Rio de Janeiro

2010

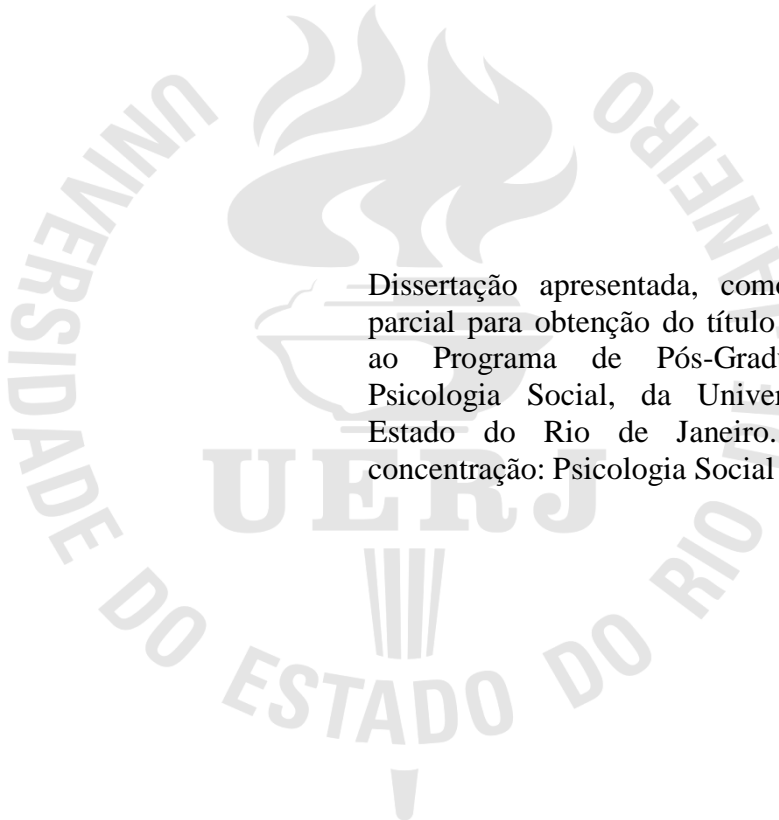
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Juliana Furtado D`Augustin

As relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos com transtornos alimentares



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicologia Social

Orientador (a) Prof^a. Dr^a Eliane Mary de Oliveira Falcone

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CEH-A

D238 D'Augustin, Juliana Furtado.
As relações entre estilos de apego e habilidades sociais em
indivíduos com transtornos alimentares / Juliana Furtado
D'Augustin. - 2010.
116 f.

Orientadora: Eliane Mary de Oliveira Falcone.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Psicologia.

1. Anorexia nervosa – Teses. 2. Distúrbios alimentares –
Teses. 3. Bulimia – Teses. 4. Transtornos mentais – Teses. I.
Falcone, Eliane Mary de Oliveira. II. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDU 616.89-008.441.42

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação.

Assinatura

Data

Juliana Furtado D'Augustin

As relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos com transtornos alimentares

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicologia Social.

Aprovada em 23 de junho de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Eliane Mary de Oliveira Falcone
Instituto de Psicologia (UERJ)

Prof^a. Dr^a. Angela Donato Oliva
Instituto de Psicologia (UERJ)

Prof. Dr. Bernard Rangé
Instituto de Psicologia (UFRJ)

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

À minha família, especialmente a minha mãe Regina, que me apoiou nos momentos difíceis e compartilhou da alegria nos momentos felizes.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Eliane Falcone, pela confiança e carinho desde a graduação. Agradeço todo o esforço e incentivo durante o mestrado.

A Mônica Duchesne, pela oportunidade e grande colaboração durante todas as etapas da pesquisa.

Ao meu irmão Victor, pelo auxílio e paciência durante a análise dos dados.

A Conceição Fernandes e Viviane Marinho pela amizade e ajuda na coleta dos dados e correção dos inventários.

Aos colegas do GOTA, Adriana Amorim, Bruno Nazar, Aline Moraes, Silvia Regina de Freitas, Thalita Bittar, Julia Fandiño, Marcelo Papelbaum, Rodrigo Moreira, Alexander Benchimol, pela motivação e contribuição ao meu interesse acadêmico.

À CAPES, pela concessão da bolsa referente ao curso de mestrado

RESUMO

D'AUGUSTIN, Juliana Furtado. *As relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos com transtornos alimentares*, Brasil, 2010. 116fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Os Transtornos Alimentares são caracterizados por graves perturbações no comportamento alimentar. Entre eles, incluímos a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica. Sua etiologia é multifatorial, estando envolvidos no seu desenvolvimento aspectos biológicos, psicológicos, familiares e sociais. Além das complicações clínicas associadas ao transtorno, encontramos também graves dificuldades interpessoais. Esses déficits contribuem para ocorrência de baixa auto-estima, ansiedade, depressão, retraimento social, e insegurança, dificultando também o desenvolvimento de relações afetivas satisfatórias. O objetivo desse estudo foi investigar as relações entre habilidades sociais, estilos de apego e transtornos alimentares. A amostra foi composta por 14 indivíduos com anorexia nervosa (AN), 33 indivíduos com bulimia nervosa (BN), 31 indivíduos obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), 31 obesos sem transtorno alimentar, comparados a um grupo controle sem transtornos alimentares, pareados por idade, sexo e anos de estudo. Os instrumentos utilizados foram: Teste de atitude alimentares; Teste de investigação bulímica de Endiburgo, Escala de Compulsão Alimentar Periódica, Inventário de Empatia (IE), o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e a Escala de Apego Adulto (EAA). A avaliação dos dados foi feita através de estatísticas descritivas e inferenciais (Teste T, ANOVA e correlação de Pearson). Os resultados encontrados confirmaram algumas hipóteses desse estudo e corroboraram dados da literatura que sugerem que indivíduos com TA apresentam déficits em habilidades sociais e estilos de apego inseguro, que podem afetar os relacionamentos interpessoais. Ainda foi possível observar que tais deficiências estariam relacionadas a maior gravidade do TA.

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Empatia. Assertividade. Estilos de apego

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) are characterized by severe disturbances in eating behavior. These include anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (BED). The etiology of ED is multifactorial, being involved in its development biological, psychological, familial and social factors. In addition to the clinical complications associated with the disorder, is also found serious interpersonal difficulties. These difficulties contribute to the occurrence of low self-esteem, anxiety, depression, social withdrawal and insecurity, also hindering the development of satisfactory emotional relationships. The aim of this study was to investigate the relationship between social skills, attachment styles and eating disorders. The sample comprised 14 individuals with AN, 33 individuals with BN, 31 obese subjects with BED, 31 obese without eating disorder, compared to a control group without eating disorders, matched for age, sex and years of study. The instruments used were the Eating Attitudes Test, the Bulimic Investigatory Test Endiburgo, Binge Eating Scale, Inventory of Empathy (IE), the Social Skills Inventory (IHS) and the Adult Attachment Scale (AAS). Data evaluation was performed using descriptive and inferential statistics (t test, ANOVA and Pearson correlation). The results confirmed some hypotheses of this study and corroborate data in the literature suggesting that individuals with ED have deficits in social skills and insecure styles of attachment, which can affect interpersonal relationships. Although it was observed that such deficiencies could be related to increased severity of ED.

Key-words: Eating disorders. Empathy. Assertiveness. Attachment styles

LISTA DE ABREVIATURAS

AN – Anorexia Nervosa

APA – Associação Psiquiátrica Americana

BN – Bulimia Nervosa

DSM – *Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders*

GOTA – Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares

IMC – Índice de Massa Corporal

TA – Transtornos alimentares

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa	5
QUADRO 2 -	Critérios diagnósticos da Bulimia Nervosa	8
QUADRO 3 -	Critérios diagnósticos do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica	11
QUADRO 4 -	Déficits em HS em transtornos alimentares e em outros problemas clínicos	49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Descrição da amostra	58
TABELA 2 – Diferenças nas médias obtidas no IHS entre AN e controles	63
TABELA 3 - Diferenças nas médias obtidas no IE entre AN e controles	63
TABELA 4 - Diferenças nas médias obtidas no EAA entre AN e controles	64
TABELA 5 - Correlações entre o Teste de Atitudes Alimentares e o IHS, IE e EAA	65
TABELA 6 - Diferenças nas médias obtidas no IHS entre BN e controles	65
TABELA 7 - Diferenças nas médias obtidas no IE entre BN e controles	66
TABELA 8 - Diferenças nas médias obtidas no EAA entre BN e controles.....	66
TABELA 9 - Correlações entre o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg e o IHS, IE e EAA	67
TABELA 10 - Diferenças nas médias obtidas no IHS entre Obesos e controles	67
TABELA 11- Diferenças nas médias obtidas no IE entre Obesos e controles....	68
TABELA 12 - Diferenças nas médias obtidas no EAA entre Obesos e controles	69
TABELA 13- Correlações entre a Escala de Compulsão Alimentar Periódica e o IHS, IE e EAA	70

Sumário

	APRESENTAÇÃO	12
1	TRANSTORNOS ALIMENTARES	15
1.1	Diagnóstico e Epidemiologia	15
1.1.1	<u>Anorexia Nervosa</u>	15
1.1.2	<u>Bulimia Nervosa</u>	18
1.1.3	<u>Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica</u>	21
1.2	Etiologia	23
1.2.1	<u>Fatores Socioculturais dos TA</u>	23
1.2.2	<u>Fatores Familiares dos TA</u>	26
1.2.3	<u>Fatores individuais dos TA</u>	29
2	TEORIA DO APEGO	32
2.1	Estilos de apego inseguro, problemas interpessoais e transtornos psicológicos	37
2.2	Estilos de apego e transtornos alimentares	40
3	HABILIDADES SOCIAIS	43
3.1	Assertividade	43
3.2	Empatia	47
3.3	Assertividade e empatia como habilidades complementares	52
3.4	Desenvolvimento das habilidades sociais	53
3.5	Deficiências em habilidades sociais	55
3.6	Habilidades sociais e transtornos alimentares	57
4	AS RELAÇÕES ENTRE ESTILOS DE APEGO, HABILIDADES SOCIAIS E TRANSTORNOS ALIMENTARES	62
5	OBJETIVO E HIPÓTESES	67
5.1	Objetivo geral	67
5.2	Hipóteses	67
6	MÉTODO	68
6.1	Participantes	68
6.2	Instrumentos	69

6.3	Procedimento	72
6.4	Análise dos dados	73
7	RESULTADOS	74
7.1	Anorexia Nervosa	74
7.2	Bulimia Nervosa	76
7.3	TCAP	78
8	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	82
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
Anexo 1	TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES	103
Anexo 2	TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGH	105
Anexo 3	ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	106
Anexo 4	INVENTÁRIO DE EMPATIA	112
Anexo 5	ESCALA DE APEGO ADULTO	114
Anexo 6	SRQ – 20	115
Anexo 7	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116

Apresentação

O interesse pelas habilidades sociais surgiu ainda na graduação quando comecei a fazer parte, como bolsista de iniciação científica, do projeto *Construção e avaliação das propriedades psicométricas de um inventário de habilidades de interação social*.

Na vasta literatura sobre o tema foi possível verificar a grande variedade de contextos no qual o estudo das habilidades sociais se inseria. As consequências dos déficits nestas habilidades estavam correlacionadas desde a um fraco desempenho acadêmico, até a transtornos mentais. Tais constatações apontavam para a necessidade de intervenções com o objetivo de desenvolver essas habilidades. Dessa forma, esse é um tema de grande relevância atual.

No início de 2005, comecei a fazer estágio no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), atendendo pacientes com transtornos alimentares. Por ser um dos poucos serviços especializados nessa área aqui no Rio de Janeiro, a demanda por atendimento é grande e a maioria dos casos bastante grave. Ao longo do estágio foi possível perceber o impacto da doença na vida do indivíduo, que ia muito além dos sintomas específicos do transtorno alimentar.

Além das complicações físicas que essas pacientes apresentavam, seus relacionamentos interpessoais e familiares eram bem prejudicados. A literatura mostra que para que um indivíduo desenvolva um bom repertório de habilidades sociais, a família é de suma importância. É nela que as primeiras trocas irão ocorrer. No decorrer do tratamento era possível perceber como tais relacionamentos dificultavam a melhora do transtorno, ou talvez tivessem implicância no desenvolvimento deste.

O período em que trabalhei na pesquisa sobre habilidades sociais permitiu uma bagagem de conhecimentos, o que possibilitou o intercâmbio de idéias para a minha prática clínica atual. As constatações empíricas mostrando a importância das primeiras trocas entre o indivíduo com seus familiares para o desenvolvimento das habilidades sociais motivou o interesse por um novo tema, referente aos estilos de apego. Dessa forma, meu objetivo se volta agora para o estudo das relações entre estilos de apego e deficiências em habilidades sociais em pacientes com transtornos alimentares.

Uma revisão de estudos que será apresentada adiante sugere que as primeiras relações do indivíduo com sua família podem favorecer a formação de déficits em habilidades sociais apresentado por essas pacientes. Tais estilos de vinculação e déficits em habilidades sociais podem estar relacionados também ao surgimento ou manutenção dos transtornos alimentares.

Primeiramente, serão apresentados os critérios diagnósticos, epidemiologia e etiologia dos transtornos alimentares no capítulo 2. Em seguida, no capítulo 3, as principais características da teoria do apego serão descritas assim como suas implicações na vida do indivíduo. Uma revisão da literatura vai apresentar as consequências dos estilos de apego inseguro e sua relação com transtornos psicológicos, e mais especificamente com os transtornos alimentares.

O capítulo 4 vai apresentar a definição de habilidades sociais utilizada nesse estudo, assim como suas implicações para a qualidade de vida do indivíduo. Vai mostrar ainda as relações entre deficiências em habilidades sociais e transtornos alimentares. Em seguida, algumas considerações sobre as relações entre os estilos de apego inseguro, deficiências em habilidades sociais e transtornos alimentares serão mostradas no capítulo 5.

Os objetivos e método utilizado na pesquisa serão apresentados, respectivamente nos capítulos 6 e 7, e os resultados obtidos no capítulo 8. Na discussão (capítulo 9), serão considerados os principais achados na revisão da literatura e os resultados encontrados no presente estudo, ressaltando a importância dos dados encontrados e sua implicação na avaliação e tratamento dos transtornos alimentares.

1- Transtornos Alimentares

Nas últimas décadas, os transtornos alimentares têm se constituído em tópicos de crescente interesse em pesquisa. O número de pessoas acometidas com tais transtornos tem crescido consideravelmente em todo o mundo. Dessa forma, os pesquisadores se empenham em descobrir os fatores que influenciam o desenvolvimento e manutenção desses transtornos e formas de tratá-los.

Os Transtornos Alimentares (TA) são caracterizados por graves perturbações no comportamento alimentar (APA, 2000). Entre eles, incluímos a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, este último, ainda em fase de estudos, encontra-se no apêndice do DSM-IV- TR (APA, 2000).

1.1 Diagnóstico e epidemiologia

1.1.1 – Anorexia Nervosa

Os critérios diagnósticos da anorexia nervosa podem ser encontrados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição revisada. No quadro 1, os critérios são reproduzidos, segundo o DSM-IV- TR (APA, 2000).

A psicopatologia central da AN envolve o medo intenso de engordar. Sua principal característica é a busca implacável pela magreza e distorção da imagem corporal (o indivíduo se vê gordo quando na realidade apresenta extrema magreza). Além disso, estão presentes preocupações excessivas com comida, peso e formato corporal. Alguns autores afirmam que, enquanto a maioria das pessoas se avalia com base em seu desempenho em varias áreas da vida, as pessoas com anorexia se julgam em grande parte em termos de sua forma ou peso corporal. São nessas preocupações que essas pacientes costumam basear sua autocrítica e que levam a perseguir um corpo magro ideal. Entre as alterações biológicas, destacam-se as anormalidades

neuroendócrinas e amenorréia em mulheres (Claudino, 2006; Fairburn, Cooper, Shafran & Wilson, 2009).

Quadro 1 – Critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa segundo o DSM-IV-TR

Critérios Diagnósticos para a Anorexia Nervosa

A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex. estrógeno)

Especificar tipo:

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

A prevalência da AN é de 0,5% a 1,0% em mulheres jovens que preenchem todos os critérios para anorexia nervosa. Existe um número ainda maior de pessoas que se enquadram nos transtornos alimentares sem especificação. Homens têm aparecido nos estudos de prevalência desse transtorno de uma forma limitada. Em relação à incidência, a literatura apresenta dados conflitantes. Uma revisão feita por Nunes (2006) mostrou uma estimativa de incidência de 18,46 por 100.000 em mulheres e 2,25 por

100.000 em homens. Ainda segundo a autora, existem evidências de mudanças na incidência da AN ao longo do tempo, com um significativo aumento em mulheres jovens de 1980 a 1992 (Nunes, 2006). Entretanto, ainda não existe um consenso sobre o aumento ou não da incidência da AN. Enquanto alguns estudos sugerem um aumento da incidência da anorexia, outros reportam uma manutenção do número de casos por anos (Bulik, Reba & Siega-Riz, 2005). Tais divergências nas taxas de ocorrências da doença podem se dar principalmente em função de diferenças metodológicas na coleta de dados (Nunes, 2006). Entretanto, é possível perceber que a taxa de incidência da doença aumentou desde 1950 e que esse aumento foi mais substancial em mulheres de idades entre 14 e 24 anos, sendo a faixa etária entre 15 e 19 anos, representando, aproximadamente, 40% de todos os casos identificados (Nunes, 2006).

O início da anorexia nervosa ocorre em média por volta dos 17 anos de idade, variando entre 14 a 18 anos. Mulheres com mais de 40 anos de idade dificilmente desenvolvem o transtorno (Nunes 2006).

O curso e o prognóstico da AN variam muito, pois há tanto pacientes que, após um episódio isolado, tem uma total recuperação, quanto há outros que vivenciam um curso flutuante, com recuperações e recaídas. Alguns casos podem ter uma evolução crônica e deteriorante. De modo geral, as consequências médicas e psicológicas são graves e podem persistir durante a vida do indivíduo. Entre elas, destacamos a depressão, ansiedade, isolamento social, fadiga, aumento de problemas relacionados à reprodução e osteoporose (Bulik & cols., 2005).

As taxas de recuperação da AN giram em torno de 50%. Alguns estudos mostram que algumas anoréxicas podem continuar prejudicadas no funcionamento físico, psicológico e social mesmo após a restauração do peso e menstruação. Taxas de comorbidades psiquiátricas, assim como problemas sociais e funcionais são

significativamente menores após o tratamento, mas mesmo assim, maiores do que na população geral (Herzog, Nussbaum & Haramor, 1996).

Em alguns casos é necessária a hospitalização para a restauração de peso e do equilíbrio hidroeletrólítico. A taxa de mortalidade na AN é uma das mais altas entre os transtornos psiquiátricos. Os motivos que levam a morte são complicações do TA, suicídio e causas desconhecidas (APA, 2006, Herzog & cols., 1996; Nunes, 2006).

1.1.2 – Bulimia Nervosa

Os critérios diagnósticos da bulimia nervosa (ver quadro 2) também podem ser encontrados no DSM-IV-TR (APA, 2000). A presença recorrente dos episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios inadequados correspondem ao elemento central e essencial do diagnóstico de BN. O episódio de compulsão alimentar se refere à ingestão descontrolada de alimentos que não visam somente saciar a fome, mas também atende a uma série de estados emocionais e situações estressantes (Claudino, 2006).

O vômito auto-induzido é a forma de comportamento compensatório mais frequentemente observado na BN. Seu efeito imediato é o alívio do desconforto físico decorrente da compulsão alimentar e uma redução do medo de ganhar peso. Outros mecanismos utilizados pelas bulímicas envolvem o uso de laxantes ou diuréticos, enemas, jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados.

A excessiva preocupação com o corpo aproxima a BN da AN, pois representa um aspecto cognitivo que parece gerar os comportamentos inadequados para controlar o peso. Insatisfação com o corpo e deficiências na regulação da auto-estima parecem estar subjacentes à auto-avaliação, excessivamente baseada no corpo (Claudino, 2006; Fairburn & cols. 2009).

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para a Bulimia Nervosa segundo o DSM-IV- TR

Critérios Diagnósticos para a Bulimia Nervosa

- A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:
 - (1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares.
 - (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo).
- B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
- D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.
- E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Tipo Purgativo: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

A presença dos episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios levam tais pacientes a apresentarem frequentes e acentuadas flutuações no peso. De modo geral, 70% das pacientes com BN apresentam o peso dentro dos padrões de normalidade, 15% achavam-se pouco abaixo do peso normal e 15%, acima do peso normal. Dessa forma, a manutenção do peso dentro da faixa de normalidade funciona com base para a diferenciação entre os diagnósticos de BN e AN do subtipo purgativa.

Pacientes com BN podem tentar resistir à urgência de comer usando supressores de apetite ou outros estimulantes. Também podem evitar situações nas quais serão expostos a comida ou situações difíceis de se manter no controle, como por exemplo, sair para jantar com amigos, ou ir a festas. Esse comportamento evitativo aumenta os problemas já existentes nas relações sociais e ajuda a estabelecer um ciclo vicioso, compulsão alimentar, comportamentos compensatórios e isolamento social (Beumont, 1995).

Azevedo e Abuchaim (1998) apontam, ao apresentarem os aspectos demográficos e epidemiológicos, que há uma predominância feminina em 90% dos casos. São adolescentes e mulheres jovens, onde os sintomas aparecem por volta dos 18 anos e podem chegar até os 50 anos. A prevalência na população é de 1%, mas pode ser de 3 a 4% devido aos casos não relatados.

Os três principais estudos de incidência de BN apontam para uma taxa anual de 12 por 100.000 indivíduos. Há diferenças entre os gêneros, com taxas de 26,5 para mulheres e 0,8 para homens por 100.000, mostrando uma proporção de 33:1 respectivamente (Nunes, 2006).

As complicações clínicas da BN, em geral, são consequências dos métodos compensatórios. A indução de vômitos, e abuso de laxativos e diuréticos podem levar a desidratação, alcalose metabólica, hipocloremia, além de complicações gastrointestinais, como gastrite e ruptura do estômago em casos mais graves. Alguns estudos de metanálise estimam uma taxa de mortalidade bruta de 0,4%, sem informações sobre as causas de morte (Quintana & Assumpção, 2006).

Em relação ao curso da doença, a literatura mostra que pacientes com BN, estando em tratamento ou não, tendem a melhorar com o transcorrer do tempo (Freitas, 2006). Uma revisão feita por Freitas (2006) mostra que 70% das mulheres adquirem

algum grau de recuperação no período de 5 anos ou mais. Em estudos com tempo de seguimento mais longos, as taxas de recuperação também ficaram em torno de 70%. Em relação a recaídas e cronicidade, os dados não são conclusivos. Segundo a autora, apesar do tratamento, um quarto dos pacientes ainda pode sofrer de BN depois de 10 anos ou mais, indicando uma alta taxa de cronicidade (Freitas, 2006).

1.1.3 – Transtorno da compulsão alimentar periódica

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) foi introduzido em 1994 no apêndice do DSM IV, como um transtorno alimentar sem outra especificação. Sua característica central é a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar sem a presença de mecanismos compensatórios característicos da BN, como por exemplo: jejum, uso de laxantes ou diuréticos, exercícios físicos excessivos e indução de vômitos. (APA, 2000; Strigel-Moore & Franko, 2008). O quadro 3 apresenta o diagnóstico do TCAP segundo o DSM IV-TR (APA, 2000).

O interesse pelo TCAP surgiu a partir da identificação de episódios de compulsão alimentar em obesos ainda na década de 50. Entretanto, seu estudo ganhou maior ênfase em 1992, quando o primeiro conjunto de critérios para seu diagnóstico foi proposto por Spitzer e colaboradores (Nunes, 2006).

O TCAP está geralmente associado à obesidade ou sobrepeso. Entretanto, indivíduos obesos sem TCAP diferem daqueles com TCAP. Estudos mostram que o TCAP está associado a maiores taxas de comorbidades psiquiátricas, assim como prejuízo no funcionamento social e profissional e pior qualidade de vida (Strigel-Moore & Franko, 2008; Winfley, Wilson & Agras, 2003). Em relação ao tratamento, obesos

com TCAP apresentam maior dificuldade em aderir à orientação nutricional, menor perda de peso e maior taxa de abandono do tratamento (Duchesne, 2006a).

Um ponto em comum entre o TCAP e a AN e BN é a preocupação com o peso e forma corporal de tal intensidade que seu autovalor é influenciado por tais preocupações (Devlin, Goldfein & Dobrow, 2003; Winfley, & cols., 2003). Além disso, a baixa auto-estima e o pobre ajustamento social são outros pontos em comum com a BN e AN (Winfley & cols., 2003).

Quadro 3 – Critérios diagnósticos do TCAP segundo o DSM-IV-TR

Critérios Diagnósticos para o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

A. Episódios recorrentes de ataques de comer. Um episódio de ataque de comer é caracterizado por:

(1) Comer num breve período de tempo (ex: num período de duas horas) uma quantidade de comida considerada definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria durante um período de tempo similar e em circunstâncias similares.

(2) Uma sensação de falta de controle durante os episódios, isto é, um sentimento de que não pode parar de comer ou controlar o que ou o quanto o indivíduo está comendo.

B. Os episódios de ataque de comer estão associados à pelo menos três (3) ou mais dos seguintes itens:

(1) Comer mais rápido do que o usual.

(2) Comer até se sentir desconfortável “cheio”.

(3) Comer grandes quantidades de comida, sem se sentir com fome.

(4) Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade que está comendo.

(5) Sentir-se decepcionado, deprimido, ou sentindo-se culpado após a superingestão

C. O ataque de comer provoca um marcante desconforto.

D. Os episódios de ataque de comer ocorrem em média duas (2) vezes por semana durante seis meses.

O ataque de comer não está associado com o uso regular e inapropriado de comportamento compensatório (p. ex., do tipo purgativo, jejuns ou exercício excessivo) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa

A prevalência do TCAP é mais alta do que as estimadas para AN e BN. Na população geral, ela pode variar de 1,8% a 4,6%, sendo 67% do total composto por mulheres. Em amostras clínicas de obesos, a prevalência é maior, englobando aproximadamente 30% dos obesos que procuram tratamento para emagrecer (Duchesne, 2006a).

Por ser uma categoria diagnóstica recente, poucos estudos avaliaram o curso do TCAP a longo prazo. Um estudo realizado por Fairburn, Cooper, Doll, Norman e O'Connor (2000) avaliou o curso natural do TCAP, e mostrou que após 5 anos de seguimento, apenas 18% das participantes apresentavam alguma forma clínica de TA, entretanto, 39% apresentavam obesidade, em comparação a 21% no início do estudo. Segundo Quintana e Assunção (2006), a maior complicação clínica do TCAP é a obesidade. A grande maioria das mulheres com TCAP se recuperou mostrando que o TCAP apresenta um melhor prognóstico quando comparado a BN.

1.2- Etiologia

Os TA são considerados multifatoriais, ou seja, apresentam diferentes fatores que influenciam seu desenvolvimento e manutenção. Entre eles estão os fatores socioculturais, familiares e pessoais.

1.2.1 - Fatores Socioculturais dos TA

A vida em sociedade é uma necessidade comum dos seres humanos, e a cultura pode ser considerada uma das características centrais da espécie. Ela exerce uma forte influência nas crenças, valores e expectativas de uma pessoa. O papel dos fatores

socioculturais na epidemiologia, no desenvolvimento e na etiologia dos TA tem sido pesquisado desde o início dos anos 80 (Galvão, Pinheiro & Somenzi, 2006).

Vários aspectos foram estudados, desde a mudança nos padrões de beleza, o processo de globalização até as transformações do papel social e político da mulher e suas consequências para a formação da identidade feminina.

O ideal de imagem corporal, que é em parte, determinado pela cultura tem sido um ponto central nas pesquisas. Alguns autores sugerem que aumento na prevalência dos transtornos alimentares parece ser o resultado desse ideal de magreza imposto predominantemente ao sexo feminino, como símbolo da cultura ocidental (Nunes, Olinto, Barros & Camey, 2001). Pesquisas mostram que o padrão cultural de beleza e magreza mudou muito nas últimas décadas (Wolf, 1993). A magreza se tornou amplamente valorizada como um ideal cultural nas sociedades industriais, enquanto o sobrepeso e obesidade foram rejeitados e estigmatizados (Sobal, 1995). Segundo Winfley e Rodin (1995), o que é considerado como beleza física varia com o tempo, e a mulheres tentam consistentemente mudar seus corpos de acordo com uma específica imagem da época.

O comportamento alimentar também é influenciado pela cultura. Padrões de dieta, incluindo preferências por determinados alimentos e práticas restritivas podem levar a adoção de comportamentos alimentares saudáveis ou não. Markey (2004) mostra que a evitação de alimentos calóricos e a recusa alimentar são frequentemente reforçados na cultura ocidental com comentários do tipo: “Oh, você está tão bem, você emagreceu?” (p.145). É a cultura do indivíduo que vai estabelecer as regras culinárias e ditar as atitudes perante a comida e imagem corporal (Markey, 2004).

Segundo Nunes e cols. (2001), a cultura da magreza determina valores e normas que, por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao

tamanho do corpo, à aparência e ao peso, particularmente durante o período de mudanças físicas e início do desenvolvimento de características sexuais secundárias próprias da adolescência. Segundo estes autores, a adolescente, sob pressão de valores presentes na sua cultura, supervalorizam seu tamanho corporal, o que pode levá-la a práticas danosas à sua saúde.

O corpo ideal tem a conotação simbólica de sucesso, autocontrole e aceitação, e a mídia tem sido incansável em promover essa imagem para todos (Winfley & Rodin, 1995). Harrison e Cantor (1997) encontraram relações significativas entre insatisfação corporal e acesso a televisão e leitura de revistas a desejo de emagrecer. A contínua exposição a esses ideais geralmente levam as mulheres a adotá-lo como meta. No entanto, tais metas são inatingíveis e como consequência promovem cada vez mais insatisfação. Essa insatisfação pode precipitar e/ou aumentar comportamentos de dieta, preocupação com o peso e transtornos alimentares (APA, 2006; Harrison & Cantor, 1997; Saraceni & Russell-Mayhem, 2007).

Um estudo realizado no sul do Brasil por Nunes e cols. (2001) mostrou o impacto do padrão de beleza no desejo, especialmente nas mulheres, de um corpo mais magro. Os resultados evidenciaram a discrepância entre o corpo real e o ideal. Este estudo revelou que 46% das mulheres entre 12 a 29 anos queriam pesar menos. Entretanto, apenas 32% apresentavam índice de massa corporal (IMC) de sobrepeso/obesidade. Das 38% que se consideravam gordas, 65% tinham o IMC dentro da normalidade. As mulheres que se sentiam gordas apresentaram chance quatro vezes maior de terem comportamentos alimentares anormais. Entre as mulheres com o IMC normal, 25,2% apresentavam comportamento alimentar de risco e 5,7%, comportamento alimentar anormal (Nunes & cols., 2001).

As crenças culturais e valores relacionados à imagem corporal também são promovidos através da mídia. Kiang e Harter (2006) mostram que artigos sobre dieta e corpo aparecem 10 vezes mais em revistas femininas do que em revistas masculinas. Segundo revisão de estudo feita pelas autoras, as mulheres que são expostas a propagandas com imagens relacionadas à aparência corporal, como propaganda de biquínis e cervejas, são menos satisfeitas com seus corpos. Em outro estudo citado por elas, meninas adolescentes que lêem revistas de moda são mais propensas a desejar alcançar a magreza do que meninas que não lêem as mesmas revistas (Kiang & Harter, 2006).

As revistas femininas não só propagam o ideal de magreza, mas também informam o leitor sobre como alcançá-la, fornecendo informações sobre dietas, exercícios e remédios. O número de artigos sobre dietas, exercícios e até mesmo cirurgias cosméticas aumentou substancialmente ao longo dos últimos 20 anos. Alguns autores ainda sugerem que tais revistas desempenham um importante papel no desencadeamento de comportamentos comprometedores da saúde como a indução de vômitos, uso de laxantes e remédios (Saraceni & Russell-Mayhem, 2007).

Os valores sobre o comer, atividades físicas e forma corporal apropriada são transmitidos pela mídia e tradições dentro das sociedades. Tais valores são reforçados nas interações sociais diárias que expressam as normas sociais sobre peso e aplicam sanções as pessoas que se desviam de tal padrão. Entretanto, as influências sociais operam em vários níveis, entre eles o nível familiar (Sobal, 1995).

A família é um importante meio de propagação das normas culturais. Os pesquisadores sugerem que os comportamentos alimentares são primeiramente aprendidos no contexto familiar, ou seja, os padrões de dietas, incluindo a preferência por determinados tipos de alimentos e práticas restritivas são ensinados através da

interação familiar, assim como os valores sociais sobre o peso apropriado de seus membros (Markey, 2004, Sobal, 1995).

1.2.2 - Fatores Familiares dos TA

O ambiente familiar disfuncional pode simplesmente criar vulnerabilidade num indivíduo e, portanto não prover suficiente explicação para o tipo de patologia que se desenvolve. Entretanto, o conteúdo do que é expresso, valorizado e modelado na família pode determinar a forma de psicopatologia.

Em geral, a família de pacientes com TA dá extrema importância para a opinião dos demais, objetivando parecer bem-sucedida o tempo todo. Trata-se de um tipo de família que é mais influenciado por normas socioculturais de aceitação e status (Dalzell, 2000). Alguns estudos mostram que o foco da família na aparência e realização foi o fator preditivo mais forte de comportamento alimentar perturbado entre estudantes universitárias, do que variáveis como conflito e coesão (Woodside & cols., 2002).

De modo geral, pelo menos um dos pais tem alto nível de exigência e é extremamente crítico em relação à paciente, o que contribui para desenvolver nela sentimentos de baixa auto-estima (Garner & Bemis, 1985). Um estudo feito por Woodside e cols. (2002) mostrou que as mães de adolescentes com TA são mais críticas com a aparência de suas filhas do que mães de controles saudáveis. Um outro estudo com universitárias mostrou que o mais forte fator preditivo de sintoma bulímico foram comentários negativos de membros da família em relação à aparência física e necessidade de fazer dietas.

Os membros da família apresentam dificuldades de comunicação e de expressão clara de sentimentos, o que dificulta a solução de conflitos. Geralmente, os

pais são superprotetores, dificultando o funcionamento autônomo da paciente e desencorajando a sua auto-expressão e iniciativa (Guidano & Liotti, 1983; Gutman & Laporte, 2000).

Segundo Guidano e Liotti (1983), a influência familiar em pessoas com TA não propicia um adequado desenvolvimento cognitivo e emocional da paciente. As famílias de pacientes com AN apresentam organização familiar mais rígida, maior interdependência mútua e evitação de conflitos. Dalzell (2000) cita alguns mitos comuns frequentemente encontrados nessas famílias: o mito da família harmoniosa, a crença de que emoções negativas são destrutivas e a idéia de que a separação é intolerável. É possível perceber um certo emaranhamento entre seus membros.

Já as famílias de pacientes com BN se caracterizam por maior hostilidade e desorganização. Crowther, Kichler, Sherwood, e Kuhnert (2002) sugerem três níveis de variáveis familiares como preditoras de severidade nos sintomas bulímicos: 1- disfunção familiar geral (conflitos, falta de coesão, desorganização e expressão emocional pobre); 2- atitudes e comportamentos alimentares da família (controle externo do consumo de alimentos, regras em relação aos horários das refeições, e uso da comida como reforço ou punição); 3- Comunicação familiar negativa (comentários negativos em relação à aparência física e encorajamento a dietas).

Alguns estudos sugerem processos vinculares pobres ou inseguros em famílias com TA (Ward, 2000), mostrando que negligência emocional, ou seja, a falha em preencher as necessidades da criança, é frequentemente encontrada nessas famílias (Dalzell, 2000).

Problemas familiares estão relacionados a outros transtornos psiquiátricos também. Entretanto, experiências relacionadas especificamente com a comida seriam um risco específico para a formação do transtorno alimentar (Markey, 2002; Kluck,

2008). Segundo Kluck (2008), a família é o contexto social que transmite e institui mensagens sobre o corpo ideal e alimentação. Seus membros irão mediar as influências culturais em relação a peso e formato corporal. Uma revisão de estudos feita por Markey (2004) mostra que os pais encorajam diretamente as crianças a apreciarem figuras femininas magras e indiretamente promovem o corpo magro.

Há suficientes evidências de que as famílias influenciam atitudes e valores de seus filhos. Entretanto, é pouco provável que essa influência por si só seja suficiente para desencadear patologias como transtornos alimentares, a menos que esteja combinada com outros fatores de vulnerabilidade.

1.2.3 - Fatores individuais dos TA

Fatores individuais também contribuem para a formação e manutenção dos TA. Alguns deles são inerentes ao próprio indivíduo como, por exemplo, traços de personalidade e temperamento, enquanto outros envolvem experiências pessoais e interpessoais (Ávila & Nunes, 2006).

Segundo Ávila e Nunes (2006) a preocupação com peso e forma corporal permanece como fator de risco mais consistente e comum tanto para a AN como para a BN, e embora não seja um critério exigido para o diagnóstico, também é comum entre indivíduos com TCAP.

Assim, crenças e pensamentos distorcidos em relação à forma e peso corporal, alimentação e valor pessoal são características importantes do indivíduo com TA. Esses pensamentos e crenças geram uma série de humores negativos e comportamentos inadequados (Beck, 1997), e são significativos para o desenvolvimento e manutenção do transtorno.

Segundo Winfley e Rodin (1995), a busca pelo corpo perfeito é guiada por duas crenças. A primeira afirma que o corpo é infinitamente maleável e com a dieta certa, um programa de exercícios e esforço pessoal, qualquer indivíduo pode alcançar esse ideal estético. A segunda crença sugere que uma vez alcançando esse ideal, haverá consideráveis recompensas, como avanço na carreira profissional, felicidade, bem estar e atração interpessoal.

Com isso, uma das crenças centrais mais frequentes é a de que a magreza é um critério fundamental de avaliação do valor pessoal de um indivíduo (Fairburn & Cooper, 1997), e que para serem aceitas e respeitadas, as pessoas precisam ser magras.

Também são encontradas algumas distorções cognitivas nessas pacientes. Dentre elas podem ser destacadas a abstração seletiva, que consiste na seleção de informações que confirmam a crença, desconsiderando evidências que poderiam desconfirmá-la (ex. “Para ter sucesso preciso ser magra”), raciocínio emocional, que seria uma tendência a tratar sentimentos como fatos objetivos (ex. “Sinto-me gordo, portanto devo estar gordo”) e pensamento dicotômico, caracterizado por uma forma rígida de racionar em termos de tudo ou nada (ex. “comi um doce, significa que sai da minha dieta completamente”) (Duchesne, 2006b, p.128).

A baixa auto-estima é uma característica marcante dessas pacientes. Ela pode ser um fator de vulnerabilidade para as pressões sociais em relação à magreza, tornando os indivíduos mais propensos a se engajarem em dietas (Bardone, Perez, Abramson, Thomas & Joiner Jr, 2003). Essas pacientes são muito autocríticas e tendem a manter uma avaliação negativa de si mesmas. Elas estabelecem padrões muito elevados de desempenho e interpretam a falha em atingir tais padrões como deficiências pessoais. Esse alto nível de exigência, somado a tendência para desqualificar sucessos, fortalece auto-avaliação negativa e diminui a auto-estima (Duchesne, 2006b).

Outros fatores de vulnerabilidade pessoal incluem: insatisfação corporal, dieta e obesidade infantil. Entretanto, estudos sugerem que a tendência a obesidade e dieta, embora relevantes para a etiologia da AN e TCAP, são mais importantes no desenvolvimento da BN (Avila & Nunes, 2006).

Os relacionamentos sociais também são bastante prejudicados. Os indivíduos com TA apresentam grande angústia interpessoal, o que contribui para o retraimento social (Grisset & Norvell, 1992). Guidano e Liotti (1983) mostram que as crenças relacionadas à ineficácia pessoal, vazio e fracasso são importantes no transtorno, principalmente na anorexia nervosa. Estudos recentes sugerem que os comportamentos alimentares inadequados podem servir como uma forma de evitação de tais crenças que geram grande angústia e desconforto para essas pacientes (Woolrich, Cooper & Turner, 2006).

É possível perceber que vários fatores influenciam o desenvolvimento e manutenção dos TA. O comprometimento do transtorno vai além dos sintomas clínicos, prejudicando também os relacionamentos pessoais do paciente. A família do indivíduo também não proporciona um adequado desenvolvimento cognitivo, promovendo processos vinculares pobres e prejudicando a aprendizagem de habilidades sociais, necessárias para a convivência em grupo. Também promovem sentimentos de baixa auto-estima, o que se torna um fator de vulnerabilidade para o TA.

2- Teoria do apego

Bowlby (1989) considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos, sendo este comportamento biologicamente programado. O papel do apego na vida dos seres humanos envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação (Dalbem & Dell’Aglia, 2005). Dessa forma, tal teoria está preocupada com o vínculo que se desenvolve entre a criança e seu cuidador e as consequências que isto tem para o desenvolvimento do auto-conceito e da visão do mundo social (Bowlby, 1989; Collins & Read, 1992).

De acordo com essa visão, os comportamentos de apego infantil são controlados por um sistema comportamental, que tem como objetivo manter a proximidade com um adulto que vai garantir a segurança da criança e sua sobrevivência (Collins & Read, 1992). Segundo Bowlby (1984), o relacionamento da criança com os pais é instaurado por um conjunto de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Por isso, um dos pressupostos básicos da teoria do apego é de que as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida (Bowlby, 1984).

O comportamento de apego é resultante ao mesmo tempo de uma base inata, ou seja, ele é instintivo e evolui ao longo do ciclo da vida, e de aquisições, possuindo uma dupla função: a de proteção e de socialização (Golse, 1998). De acordo com Ainsworth

(1978, citado por Bowlby, 1984), existem três estilos básicos de apego: o apego seguro, o apego inseguro/resistente ou ambivalente e o apego inseguro/evitativo.

O apego seguro corresponde ao relacionamento cuidador-criança provido de uma base segura, na qual a criança pode explorar seu ambiente de forma entusiasmada e motivada e, quando estressadas, mostra confiança em obter cuidado e proteção das figuras de apego, que agem com responsividade. Já o apego inseguro/resistente ou ambivalente é caracterizado pela criança que, antes de ser separada dos cuidadores, apresenta comportamento imaturo para sua idade e pouco interesse em explorar o ambiente, voltando sua atenção aos cuidadores de maneira preocupada. Após a separação, fica bastante incomodada, sem se aproximar de pessoas estranhas. Quando os cuidadores retornam, ela não se aproxima facilmente e alterna seu comportamento entre a procura por contato e a brabeza (Ainsworth, 1978, citado por Bowlby, 1984).

O grupo de crianças pertencentes ao padrão evitativo brinca de forma tranqüila, interage pouco com os cuidadores, mostra-se pouco inibido com estranhos e chega a se engajar em brincadeiras com pessoas desconhecidas durante a separação dos cuidadores. Quando são reunidas aos cuidadores, essas crianças mantêm distância e não os procuram para obter conforto (Ainsworth, 1978, citado por Bowlby, 1984).

A teoria de Bowlby também constitui um modelo de desenvolvimento social e de personalidade. Ele argumentou que a relação de apego tem um impacto profundo no desenvolvimento da personalidade da criança, e que a natureza e a qualidade dessa relação precoce é amplamente determinada pela disponibilidade emocional do cuidador, assim como sua resposta às necessidades da criança (Collins & Read, 1992).

Através da interação contínua, uma criança desenvolve modelos internos de funcionamento, que se referem às representações das experiências da infância relacionadas às percepções do ambiente, de si mesmo e das figuras de apego (Bowlby,

1984). Tais modelos permitem prever as ações do outro de forma a planejar ou se preparar para os resultados, e explicar ou interpretar comportamentos, para que possamos entender nosso mundo social (Collins & Read, 1990).

De acordo com Bowlby (1989), as experiências precoces com o cuidador primário iniciam o que depois se generalizará nas expectativas sobre si mesmo, dos outros e do mundo em geral, com implicações importantes na personalidade em desenvolvimento. Assim, em novos relacionamentos, onde antigos modelos representacionais não sejam mais adequados, o comportamento do indivíduo pode continuar sendo guiado pelos mesmos, por vezes de forma patológica (Feeney, Cassidy & Ramos-Marcuse, 2008)

A criança constrói um modelo representacional interno de si mesma, dependendo de como foi cuidada. Crianças com figuras de apego sensíveis e responsivas aprenderiam a abordar o mundo com confiança ou procurar ajuda se não conseguissem se arranjar sozinhas. Desenvolveriam, por essa razão, modelos de funcionamento de um *self* seguro, de pais cuidadosos e de um mundo razoavelmente benigno. Por outro lado, crianças que não contaram com uma figura de apego disponível e responsiva, acabariam vendo o mundo como não-confiável e imprevisível, levando-as a “bater em retirada” ou lutar contra ele (Bretherton, 2008).

Desse modo, cada indivíduo forma um esquema interno a partir das primeiras experiências com as figuras de apego. A imagem interna, instaurada com os cuidadores primários, é considerada a base para todos os relacionamentos íntimos futuros. Ou seja, os modelos internos de funcionamento fornecem um mecanismo para a continuidade do estilo de vinculação e são de particular importância na compreensão do papel que as relações iniciais têm nos relacionamentos adultos.

Segundo Collins e Read (1990), existe um suporte empírico para estas idéias, e um crescente número de estudos longitudinais mostram que o estilo de apego é um importante preditor do comportamento social na infância, adolescência e vida adulta. Sua influência aparece já nas primeiras interações com outras pessoas, afora as figuras de apego, e se expressa nos padrões de apego e de vinculação que o indivíduo apresentará em suas interações interpessoais significativas (Bretherton, 2008; Dalbem & Dell’Aglia, 2005).

Fonagy e Target (1997) sugerem que o processo ligado à construção dos modelos internos capacita a habilidade de mentalização, ou seja, de representar o comportamento em termos de estado mental, o qual é determinante da organização do *self* e é adquirido no contexto das primeiras relações sociais da criança. Logo, a mentalização possibilita à criança compreender as atitudes dos outros e agir de maneira adaptada em contextos interacionais específicos. Como os cuidadores primários diferem na forma de interagir com suas crianças, essas terão o desenvolvimento e as percepções de seus estados mentais e dos outros relacionados à observação que farão do mundo mental dos seus cuidadores (Fonagy & Target, 1997).

É por meio dos modelos internos de funcionamento que ocorre uma tendência de recriação, nas relações atuais do indivíduo, do padrão de modelo interno do apego primário. Embora Bowlby considerasse tais modelos abertos a entrada de novas informações, ele também os considerava resistentes a mudanças (Feeney & cols., 2008). Dessa forma, os padrões de apego estabelecidos na infância são vistos como duradouros, embora sejam menos evidentes em adolescentes e adultos (Bowlby, 1984; Golse, 1998).

Em relação ao papel das figuras de apego na formação dos modelos internos, há uma estreita relação com a forma pela qual essas figuras percebem as indicações

precoces de intencionalidade de suas crianças e o estado mental delas, de modo a agirem de acordo com a demanda infantil. Algumas figuras de apego podem ser extremamente desatentas ao estado mental da criança, cujo senso de si mesma, ainda em desenvolvimento, pode sofrer deformações. Nos casos de famílias abusivas, a construção da representação mental infantil tende a se dar de forma rígida, mal adaptada, inapropriada e, como consequência, o desenvolvimento da função de mentalização poderá ser pobre ou aniquilada. Nesses casos, a confiança da criança de que outras pessoas podem compreender os outros por meio dos seus próprios sentimentos é destruída. Aumentam, também nesses casos, as possibilidades de que a criança iniba sua capacidade de se envolver em relacionamentos de apego intensos (Fonagy & Target, 1997).

Feeney e cols. (2008) realizaram uma pesquisa que encontrou resultados consistentes com as informações acima. Segundo os autores, os modelos internos de funcionamento guiam as respostas do comportamento do indivíduo em relação ao outro de maneira consistente aos seus modelos primários. Os resultados obtidos no estudo mostraram que indivíduos inseguramente apegados são influenciados por expectativas negativas em relação à responsividade, disponibilidade e boa vontade dos outros. Os adolescentes que pontuaram alto no estilo de apego inseguro foram mais propensos a responder negativamente a comportamentos negativos emitidos pelos outros e também a eliciar, através da interação com pares, mais comportamentos negativos.

Por outro lado, a sensibilidade ao comportamento negativo dos pares não caracteriza os adolescentes com estilos de apego seguro, pois estes apresentavam maior propensão a desenvolver relacionamentos interpessoais baseados em uma história prévia positiva de relacionamentos com seus cuidadores (Feeney & cols., 2008). Desta forma, o papel dos modelos internos de funcionamento é de grande importância na modelagem

do comportamento ao longo do ciclo vital, em uma ampla variedade de situações, incluindo a seleção de um parceiro, a formação de relacionamentos de amizade, a escolha ocupacional, a parentalidade, a formação de expectativas e a imagem do *self* (Dalbem & Dell’Aglío, 2005).

Segundo Dalbem e Dell’Aglío (2005) outros autores têm descrito este conceito de forma similar, usando os termos esquemas, scripts, protótipos, representação mental, modelo funcional ou estado mental. Safran (2002), por exemplo, fala de um esquema interpessoal, que é baseado nas figuras de apego e permite que o indivíduo desenvolva suas interações de modo a manter a relação com essas figuras. Esses esquemas moldam a percepção do mundo interpessoal e conduzem a diversos planos, estratégias e comportamentos.

Dalbem e Dell’Aglío (2005) mostram que as pesquisas sobre a teoria do apego vêm tomando diversas direções, examinando, por exemplo, a relação entre o comportamento na infância e desenvolvimento parental, o papel do apego entre adultos e a analogia com as patologias e suas evoluções.

2.1 – Estilos de apego inseguro, problemas interpessoais e transtornos psicológicos

A teoria do apego sugere que quando o cuidador é consistentemente disponível e sensível em responder as necessidades do bebê, este desenvolve uma base segura, de onde pode explorar o ambiente. Se o perigo aparecer, a criança sabe que existe um lugar seguro para onde retornar. Tais experiências promovem o desenvolvimento de conforto emocional e auto-competência (Sharpe & cols., 1996). Segundo Brazelton e Greenspan (2002), relacionamentos emocionais sustentadores são a base primária mais crucial para o crescimento, tanto intelectual quanto social. Em nível mais básico, os relacionamentos

promovem calor, intimidade e prazer; fornecem estabilidade, segurança física, além de suprirem necessidades básicas de nutrição e abrigo. Os aspectos regulatórios dos relacionamentos ajudam as crianças a permanecerem tranqüilas e alertas para novas aprendizagens, e a aprendizagem mais importante nos primeiros anos é fornecida pela interação humana.

Por outro lado, estudos mais recentes revelaram que padrões familiares que prejudicam o cuidado sustentador podem levar a um comprometimento significativo das capacidades cognitivas e emocionais (Brazelton & Greenspan, 2002). A falta desse cuidado pode desenvolver uma visão negativa de si, e se tornar um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos. Segundo Bowlby (2001), manter a proximidade com o outro tem um papel importante na sobrevivência da espécie. Dessa forma, qualquer interrupção de um relacionamento interpessoal pode gerar ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional.

Quando existem relacionamentos seguros, empáticos e sustentadores, as crianças aprendem a ser íntimas e empáticas e eventualmente a comunicar seus sentimentos, refletir sobre seus próprios desejos e desenvolver seus próprios relacionamentos com seus iguais e com adultos (Brazelton & Greenspan, 2002). Os relacionamentos também ensinam às crianças quais comportamentos são adequados e quais não. Existem várias evidências empíricas que mostram uma forte correlação entre estilos de apego e relacionamentos interpessoais em crianças e adolescentes, incluindo comportamento social com pares, aceitação pelos pares e qualidade da amizade. Assim, estilos de apego seguro estariam associados a relacionamentos interpessoais mais harmoniosos e com a qualidade e quantidade nas amizades (Feeney e cols., 2008).

Segundo Grossmann, Grossmann e Kindler (2008), as interações e comunicações com a figura de apego durante os anos iniciais tornam-se padrões de

apego e de comunicação, que organizam as percepções, pensamentos, sentimentos e comportamentos, especialmente em momentos de ansiedade. Experimentar, entender ou rejeitar respostas das figuras de apego em situações desgastantes, molda as expectativas da criança e suas estratégias, comportamental e mental, ao lidar com uma adversidade posterior na vida. Uma estratégia saudável é a habilidade de expressar pensamentos e sentimentos aos outros e procurar conforto e ajuda.

Segundo Bowlby (2001), os que sofrem de transtornos psiquiátricos manifestam sempre deterioração da capacidade para estabelecer ou manter vínculos afetivos, que com frequência é grave e duradoura. Problemas conjugais, dificuldades com os filhos, transtornos de ansiedade e de personalidade estão relacionados às experiências iniciais.

Muitos dos indivíduos que são encaminhados à psiquiatria são ansiosos, inseguros e imaturos. Em condição de estresse, tendem a desenvolver sintomas neuróticos, depressão ou fobia (Bowlby, 2001). Segundo Bowlby, eles estiveram expostos a pelo menos um de certos padrões de parentalidade patogênica, que incluem: a) ausência persistente de cuidados, e/ou depreciação e rejeição; b) descontinuidade da parentalidade; c) ameaça por parte dos pais de não amar a criança, como uma forma de controle; d) ameaça por parte de um dos pais de abandonar a família; e) ameaças por parte de um dos pais de agressão física ou suicídio; f) indução de culpa à criança pela doença ou morte de um dos pais (Bowlby, 2001).

Dois estudos longitudinais realizados na Alemanha sugerem que a segurança psicológica na vida adulta depende de histórico de uma segura organização emocional e da liberdade para explorar e avaliar relacionamentos de apego passados e presentes com pais e/ou parceiros (Grossmann & cols., 2008). Em ambos os estudos, a segurança psicológica estava envolvida por experiências com ambos os pais ao longo dos anos de

imaturidade. Essas experiências, por sua vez, moldam a estratégia do pensamento e comportamento da criança e do adolescente ao encontrar desafios emocionais. Pais e mães sensíveis, apoiadores e tolerantes estimulam a segurança psicológica de seus filhos, começando na primeira infância e ao longo de 20 anos. Ao contrário, a rejeição e a insensibilidade dos pais refletem na desaprovação do apego e do valor de relacionamentos íntimos do jovem adulto. Além disso, esses jovens são desprovidos da liberdade de explorar, comunicar-se abertamente e confiar na ajuda dos outros em momentos de aflição (Grossmann & cols., 2008).

Estudos mostram que o apego inseguro está associado transtorno de personalidade antissocial, (Bowlby, 2001; Dammann, 2003; Fonagy & cols., 1996), transtorno de personalidade borderline (Dammann, 2003; Fonagy & cols., 1996), transtorno de personalidade narcisista e sadismo (Dammann, 2003). Além dos transtornos de personalidade, a depressão, ansiedade, abuso de substâncias e transtornos alimentares estão associados ao apego inseguro (Fonagy & cols., 1996).

2.2 - Estilos de apego e transtornos alimentares

Como já foi descrito anteriormente, as famílias têm sido apontadas como importantes influencias na formação e manutenção dos transtornos alimentares. A literatura mostra que essas famílias são superprotetoras e emaranhadas, rígidas e com uma incapacidade para resolução de problemas (Guidano & Liotti, 1983; Wisotsky & cols., 2003).

Uma revisão feita por Chassler (1997) sugere que pacientes com comportamento bulímico percebem seus pais como menos presentes e também experienciam uma qualidade negativa de afeto parental. Essas interações não promovem

um bom desenvolvimento cognitivo nessas pacientes afetando seus relacionamentos interpessoais.

As pesquisas mostram que o apego inseguro tem um importante papel no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. Algumas similaridades entre indivíduos inseguramente apegados e indivíduos com transtornos alimentares foram encontradas como, por exemplo, sentimentos de incompetência social, baixa auto-estima e uma percepção de ineficácia pessoal (Kiang & Harter, 2006; O'Keerney, 1996; Sharpe & cols., 1996).

Tasca e cols. (2006) sugerem que o apego inseguro gera afetos negativos, que por sua vez, contribuem para um comportamento alimentar inadequado. Segundo os autores, estilos de apego inseguros estão associados à compulsão alimentar sob situações de estresse, e a compulsão alimentar seria uma estratégia mal adaptativa de lidar com a situação. Além do afeto negativo, os autores encontraram uma relação entre o estilo de apego inseguro e insatisfação corporal o que levaria a restrição alimentar na anorexia nervosa.

O estudo de Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, e Treasure (2000) com 127 pacientes com transtornos alimentares mostrou que essas pacientes apresentaram um escore significativamente maior do que o grupo controle em relação ao estilo de apego inseguro. O padrão ambivalente encontrado nessas pacientes é semelhante ao encontrado em pacientes com transtorno de personalidade borderline. Eggert, Levendosky e Klump (2007) também investigaram os estilos de apego e características de personalidade em pacientes com TA. Os resultados do estudo mostram que o apego inseguro está relacionado aos TA, e que as características de personalidade irão mediar essa relação.

Sharpe e cols. (1998) estudaram os estilos de apego e a preocupação com o peso em meninas pré-adolescentes e adolescentes. Das 305 meninas, 208 (68%) foram classificadas como seguramente apegadas e 97 (32%), como inseguramente apegadas. As meninas com apego inseguro eram significativamente mais preocupadas com o peso corporal do que as com apego seguro. A diferença também foi significativa em relação à auto-estima. As meninas com apego inseguro apresentavam níveis mais baixos de auto-estima. Tais achados sugerem que os estilos de apego inseguros podem contribuir para o desenvolvimento dos TA.

É possível perceber que a relação entre os estilos de apego inseguro e o padrão disfuncional do indivíduo tem sido comprovada através de vários estudos na literatura. O papel do cuidador primeiro na vida do indivíduo é de suma importância, uma vez que vai contribuir para a construção de esquemas que irão influenciar o comportamento da pessoa em diferentes situações. Dessa forma, indivíduos inseguramente apegados tendem a se comportar de maneira disfuncional em uma grande variedade de situações sociais. Como consequência, apresentam uma probabilidade maior de manifestarem algum transtorno psicológico ao longo da vida.

3- Habilidades Sociais

As Habilidades Sociais são de grande importância para a saúde e a qualidade de vida. A literatura sugere que as dificuldades ligadas às situações sociais estariam relacionadas a diversos transtornos psicológicos (Falcone, 1995 ; Safran, 2002). Dessa forma, as habilidades sociais constituem um tema de grande relevância para a compreensão dos transtornos mentais.

Segundo Del Prette e Del Prette (1998), as habilidades sociais são classes de comportamentos existentes no repertório de um indivíduo como, por exemplo, fazer e responder perguntas; iniciar, manter e encerrar conversações, expressar apoio, expressar pensamentos e sentimentos sem ferir o direito dos outros (assertividade). Os autores consideram a assertividade como uma das principais classes de comportamento necessárias para a ocorrência de um comportamento socialmente habilidoso.

3.1 - Assertividade

Tendo sido alvo de interesse apenas na segunda metade do século XX, a assertividade revela-se como um conceito atual e de grande importância para as relações humanas. É amplamente estudado e aplicado em diversos contextos, como o contexto organizacional, escolar e clínico (Del Prette & Del Prette, 2003).

O conceito de assertividade tem evoluído ao longo do tempo (Del Prette & Del Prette, 2003). Foi inicialmente documentada sob o termo excitação (distinto de inibição) por Salter em 1949, e então denominada assertividade por Wolpe em 1958, que a definia como a expressão de toda emoção sem ansiedade (Matos, 1997). Segundo Alberti e Emmons (2008), o conceito de assertividade é muito amplo e muitos a consideram uma mera técnica para conseguir o que desejam. De acordo com os autores,

a verdadeira assertividade estimula a preocupação com o direito de todos (Alberti & Emmons, 2008).

Dessa forma, o comportamento assertivo deve promover a “igualdade nas relações humanas, permitindo que possamos agir de acordo com nossos interesses, defender nossas posições sem ansiedade, expressar sentimentos de maneira honesta e tranqüila e exercer nossos direitos pessoais sem negar o dos outros” (Alberti & Emmons, 2008, p. 14).

Outra definição semelhante de assertividade é oferecida por Lange e Jakubowski. Segundo estes autores, a assertividade é a “capacidade de defender os próprios direitos e de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma honesta, direta e apropriada, sem violar os direitos da outra pessoa” (Lange & Jakubowski, 1976, p.7).

A assertividade propicia uma comunicação ética entre as pessoas. A linguagem assertiva, verbal e não verbal, utiliza signos que exprimem a verdade, auto-respeito e respeito pelos outros, buscando uma solução para os conflitos que satisfaçam aos interesses das partes envolvidas (Martins, 2005). Uma pessoa assertiva tem desenvoltura e flexibilidade para se mover entre comportamentos construtivos, ora influenciando o seu interlocutor, por meio da expressão natural de seus sentimentos, opiniões e necessidades, ora aceitando ser influenciado, ou seja, ouvindo opiniões divergentes, pedindo e oferecendo ajuda (Martins, 2005).

Dessa forma, a assertividade aumenta o sentimento de autoconfiança, em oposição à vulnerabilidade, uma vez que reduz a ansiedade nos relacionamentos e os sintomas físicos que estão relacionados ao comportamento não-assertivo. Pesquisas mostram que quem tem a capacidade de defender suas posições e fazer as coisas por iniciativa própria se valoriza como pessoa, além de se tornar mais saudável, seguro e

espontâneo na hora de expressar seus sentimentos. Mesmo não atingindo suas metas, o indivíduo agindo de forma assertiva, aumenta as chances de ambas às partes saírem ganhando (Alberti & Emmons, 2008; Lange & Jakubowski, 1976).

A postura assertiva caracteriza-se pelo olhar direto e seguro, a expressão facial concordante com o conteúdo verbal, o tom de voz apropriado a situação, uniforme, bem modulado, gestos corporais firmes, a posição direita, próxima, segura e relaxada, mas não invasiva (Lange & Jakubowski, 1976).

O comportamento assertivo se diferencia do comportamento agressivo e do comportamento passivo. O comportamento passivo se caracteriza pela violação dos próprios direitos e necessidades. O indivíduo não se mostra capaz de expressar seus próprios pensamentos, sentimentos e crenças. Mostra também uma sutil falta de respeito pela habilidade do outro em lidar com frustrações e desapontamentos. O objetivo principal do comportamento passivo é evitar conflitos a todo custo e satisfazer as necessidades do outro (Lega, Caballo & Ellis, 1997; Lange & Jakubowski, 1976).

O comportamento passivo gera algumas consequências negativas como sentimentos de culpa, ansiedade, depressão e baixa auto-estima. Isso porque o indivíduo passivo tende a ter uma auto-avaliação negativa, sentimentos de inferioridade, uma tendência a manter papéis submissos em relações com os outros, além de ser excessivamente dependente do apoio emocional dos demais e apresentar uma ansiedade interpessoal excessiva (Alberti & Emmons, 1983; Lega & cols., 1997).

O comportamento não-verbal é caracterizado por um tom de voz manso, baixo, tímido, voz trêmula, comprimida no tórax, ansioso, angustiado e inseguro. Postura corporal vergada, ombros caídos, mostrando insignificância, olhar baixo, sem se fixar no olhar do outro, baixo tônus vital, cabeça e olhos abatidos, tímido, acanhado e inseguro (Martins, 2005; Lange & Jakubowski, 1976).

Já o comportamento agressivo envolve a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de forma hostil e inapropriada, violando os direitos dos outros (Lega & cols., 1997; Lange & Jakubowski, 1976). O objetivo do comportamento agressivo é a dominação, o vencer, forçando a outra pessoa a perder. As consequências imediatas da conduta agressiva podem ser positivas, como por exemplo, a expressão emocional, um sentimento de poder e conseguir alcançar os objetivos e necessidades. Por outro lado, as consequências a longo prazo são sempre negativas, incluindo tensão nas relações interpessoais e possível afastamento das pessoas (Lega & cols., 1997).

O comportamento não verbal é composto por um tom de voz alto, sarcástico, arrogante, insolente e condescendente, uma linguagem corporal intimidativa. Nervoso, rígido, firme, retesado, impaciente, dedos em riste, batidas de pé, soco na mesa, peito erguido, olhos arregalados e expressão facial ameaçadora e fria (Martins, 2005).

Vários estudos mostram que a assertividade melhora a auto-estima e reduz a ansiedade e a depressão, através da expressão sincera dos próprios sentimentos, desejos e direitos, aumentando assim o nível de aceitação pessoal e habilidade de se comunicar com os outros (Alberti & Emmons, 2008). No aspecto pessoal, a assertividade traz bem-estar, uma vez que a pessoa tem o controle de sua própria vida, sem necessidade da aprovação de outras pessoas sobre suas escolhas. Na vida familiar, a assertividade ajuda na educação dos filhos, no relacionamento conjugal e afetivo. Também possibilita a um profissional ser mais competente, na medida em que torna uma pessoa mais segura e confiante em seu potencial, clara e concisa em suas relações interpessoais (Martins, 2005)

Apesar da comunicação assertiva resolver muitos problemas imediatos, minimizando a probabilidade de problemas futuros, ela não serve para toda situação e nem para obter tudo o que se quer. Segundo Martins (2005), a comunicação assertiva,

por si só, não garante a qualidade do relacionamento interpessoal. Uma revisão feita por Falcone (2000) mostra que a conduta assertiva nem sempre parece promover resultados satisfatórios para a interação. A autora pondera que expressão assertiva dos próprios direitos costuma ser percebida como mais competente e efetiva, porém menos agradável, amigável ou apropriada do que a expressão não assertiva e sugere que expressar-se de maneira empática (demonstrando consideração com as necessidades da outra pessoa) antes de usar a assertividade direta pode minimizar qualquer avaliação negativa da assertividade (Falcone, 2000).

Em síntese, a assertividade pode ser importante para preservar a auto-estima e reduzir a ansiedade social, mas não é suficiente para manter relacionamentos interpessoais satisfatórios. Falcone (2000) sugere que em contextos onde há conflitos interpessoais, a conduta assertiva provavelmente não apresentará efeitos positivos. Segundo a autora, nessas circunstâncias, torna-se necessário controlar as próprias emoções e fazer um esforço para compreender e validar os sentimentos e a perspectiva da outra pessoa, antes da manifestação dos próprios sentimentos e perspectivas. Essa disposição para abrir mão, por alguns instantes, dos próprios interesses, sentimentos e perspectivas e se dedicar a ouvir e compreender, sem julgar, o que a outra pessoa sente, pensa e deseja, constitui o que é conhecido como empatia (Falcone, 2000).

3.2- Empatia

O termo empatia originou-se da palavra alemã “*einfühlung*” no final do século XIX e foi traduzido como empatia por Titchener no início do século XX (Wispé, 1992). Considerada como um conceito importante, a empatia foi estudada por teóricos da personalidade na década de 30, retomada por psicoterapeutas rogerianos nos anos 50 e mais recentemente tem sido estudada por psicólogos sociais e evolucionistas para

explicar a conduta altruísta. Contudo, a definição de empatia ainda é muito discutida, não havendo ainda um consenso sobre o conceito (Wispe, 1992).

Alguns autores entendem a empatia como um fenômeno predominantemente cognitivo. Segundo esta perspectiva, a empatia consiste na compreensão dos pensamentos, sentimentos e intenções do outro, ou seja, na capacidade de entender as reações emocionais de uma pessoa em determinado contexto (Strayer, 1992).

Os autores que defendem essa posição argumentam que o reconhecimento das emoções, que constitui um dos requisitos cognitivos da empatia, é imprescindível para a ocorrência da mesma. Segundo eles, o reconhecimento das emoções necessita de destreza perceptual e conhecimento das regras sociais (Strayer, 1992). Além disso, a necessidade de diferenciar o “eu” do “outro” seria um processo cognitivo importante e necessário a empatia (Eisenberg & Strayer, 1992).

Entretanto, existem autores que entendem a empatia como um fenômeno predominantemente afetivo, ou seja, o indivíduo experiencia vicariamente as reações emocionais do outro (Sampaio, Camino & Roazzi, 2009; Strayer, 1992). Aqui, tanto o reconhecimento dos estados afetivos quanto o compartilhar são considerados elementos constituintes da empatia. Segundo Sampaio e cols. (2009), nessa perspectiva, a empatia seria desenvolvida ao longo dos anos e seria refinada à medida que os aspectos cognitivos e afetivos evoluem.

Recentemente, a literatura tem considerado a empatia como um construto multidimensional, englobando componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (Decety & Jackson, 2004; Falcone & cols., 2008). O componente cognitivo da empatia tem sido denominado como tomada de perspectiva e caracteriza-se pela capacidade de inferir com precisão os sentimentos e pensamentos de outra pessoa, sem experimentar necessariamente os mesmos sentimentos desta (Falcone e cols., 2008).

Para que a tomada de perspectiva aconteça, é necessária a diferenciação entre o eu (autoconsciência) e o outro (consciência do outro). Mesmo havendo alguma identificação temporária, não existe confusão ou fusão destes estados. O desenvolvimento da autoconsciência e da consciência do outro acontece nos anos pré-escolares, e está relacionado a processos que servem para monitorar e controlar pensamentos e ações, como a auto-regulação e flexibilidade cognitiva. Segundo Decety e Jackson (2004), é importante regular a própria perspectiva ativada pelas interações com os outros, assim como as emoções. Tal regulação permite a flexibilidade afetiva e cognitiva, possibilitando efetivamente a avaliação da perspectiva do outro.

De acordo com Falcone e cols. (2008), a auto-regulação e flexibilidade também podem contribuir para a inibição da raiva em situações de conflito ou frustração interpessoal, facilitando o diálogo e entendimento. Em revisão da literatura, os autores mostram que a tomada de perspectiva exerce um poder preditivo sobre a raiva e que esta pode ser inibida com a compreensão dos sentimentos e pensamentos da outra pessoa.

Decety e Jackson (2004) também citam pesquisas que mostram que auto-regulação está positivamente associada a sentimentos de preocupação com outras pessoas. Em contraste, a falta de flexibilidade e regulação levariam ao contágio ou à angústia emocional (Decety & Jackson, 2004).

O componente afetivo pode ser definido como a capacidade de experimentar sentimentos de simpatia, compaixão e preocupação com o bem-estar da outra pessoa. Segundo Falcone e cols. (2008), o componente afetivo não implica necessariamente em experimentar os sentimentos do outro, mas sim em experimentar um entendimento do mesmo, sendo, portanto, diferente do contágio emocional ou da angústia pessoal que são consideradas reações pré-empáticas.

O contágio emocional é considerado o primeiro estágio da resposta empática em seres humanos. Entretanto, a diferença entre empatia e contágio emocional é que a empatia envolve uma conscientização do outro e da sua experiência emocional, enquanto que o contágio emocional não exige esta consciência, mas apenas a vivência de uma emoção similar (Gouveia, Guerra, Santos, Riveira & Singelis, 2007). Além disso, Preston e Waal (2002) afirmam que, em contraste com o contágio, na empatia a distinção entre o “eu” e o “outro” é mantida e o estado emocional permanece dirigido ao objeto, e não autodirigido.

A angústia pessoal consiste na experiência de um estado aversivo, como preocupação ou ansiedade, que não é congruente ao estado do outro, e que leva a uma reação egoísta, centrada em si mesmo (Eisenberg & Strayer, 1992). Ou seja, é uma emoção qualitativamente diferente da empatia, uma vez que leva a sentimentos voltados para a própria necessidade, seguido de motivação para se afastar da vítima (Falcone & cols., 2008).

Por outro lado, a preocupação genuína com o bem-estar do outro resulta em comportamentos de ajuda ou altruístas. Falcone e cols. (2008) definem o altruísmo como a ajuda ao outro necessitado sem expectativas de nenhuma compensação. Ou seja, a capacidade de sacrificar temporariamente as próprias necessidades em função das necessidades do outro. Segundo Lamm, Batson e Decety (2007), as respostas altruístas serão moduladas por processos cognitivos e motivacionais. São estes processos que vão influenciar quando a observação de alguém necessitado irá resultar em preocupação empática ou em angústia pessoal, ou seja, a preocupação empática pode gerar comportamentos altruístas, de ajuda ao outro, enquanto a angústia pessoal produz uma motivação egoísta, com o objetivo de reduzir o próprio desconforto.

E por fim, o componente comportamental da empatia envolve o comportamento verbal e não verbal. Ele é fundamental para que a outra pessoa se sinta compreendida (Falcone e cols.,2008).

Dessa forma, a consideração da empatia como um construto multidimensional implica na necessidade dos três componentes, cognitivo, afetivo e comportamental, presentes. Ou seja, compartilhar emoções (componente afetivo), sem tomada de perspectiva, ou perceber de forma acurada os pensamentos e sentimentos do outro sem expressar este entendimento não se traduz em manifestação empática (Decety & Jackson, 2004; Falcone & cols., 2008).

A definição de empatia utilizada neste estudo considera o modelo multidimensional e entende a empatia como “a capacidade de compreender, de forma acurada, bem como de compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada” (Falcone & cols., 2008, p.323)

Em revisão da literatura, Falcone (1998) encontrou vários estudos que apontam os efeitos sociais positivos da empatia, mostrando que esta: 1) reduz o conflito social e o rompimento, tornando a interação mais agradável ; 2) provoca efeitos interpessoais mais positivos do que a auto-revelação; 3) é preditiva de ajustamento marital e aumenta a satisfação conjugal. Ainda segundo a autora, pessoas empáticas despertam afeto e simpatia, são mais populares e ajudam a desenvolver habilidades de enfrentamento, bem como reduzem problemas emocionais e psicossomáticos nos amigos e familiares.

Por outro lado, deficiências na capacidade empática geram prejuízos no trabalho, na escola, na vida conjugal, nas amizades, nas relações familiares, além de levar o indivíduo, em casos extremos, a viver à margem da sociedade (Goleman, 1995).

3.3 - Assertividade e empatia como habilidades complementares

A consideração da assertividade e da empatia como habilidades complementares requer uma conceituação mais abrangente das habilidades sociais. Falcone (2000) propõe que o indivíduo socialmente habilidoso é capaz de obter ganhos com maior frequência, desempenhar o mínimo possível de tarefas indesejáveis, além de desenvolver e manter relacionamentos mutuamente benéficos e sustentadores. Assim, indivíduos socialmente habilidosos buscam constantemente a satisfação pessoal sem, contudo descuidar da qualidade de suas interações.

Segundo Caballo (2006), as habilidades sociais devem ser consideradas dentro de um contexto cultural determinado, uma vez que padrões de comunicação variam de cultura para cultura. Assim, o desempenho social é situacional e culturalmente determinado. Ele será apropriado se estiver de acordo com as normas sociais e papéis desempenhados naquele local e eficaz por atingir os objetivos na interação. Portanto, um comportamento considerado habilidoso em uma situação pode ser inapropriado em outra (Caballo, 2006).

Além das habilidades mais gerais (assertiva e empática), existem habilidades específicas que devem fazer parte do repertório do indivíduo. A partir de uma revisão na literatura feita por Falcone (2001), foram identificadas 22 habilidades sociais específicas que fornecem condições para a manifestação de um comportamento social habilidoso: iniciar conversação; manter conversação; encerrar conversação; fazer pedido sem conflito de interesse; fazer pedido com conflito de interesse; pedir mudança de comportamento; recusar pedido; responder a críticas; expressar opiniões pessoais; expressar afeto; fazer elogio; receber elogio; reclamar por serviço insatisfatório; convidar alguém para um encontro; conversar com alguém com problema; fazer perguntas; fazer cumprimento; cobrar dívida; falar em público; terminar relação;

expressar sentimentos negativos; expressar sentimentos positivos. É somente a partir das habilidades sociais manifestadas nestas situações mais específicas que podemos avaliar a conduta social do indivíduo.

3.4 - Desenvolvimento das Habilidades sociais

Uma conduta social eficaz é necessária para a convivência em grupo. É possível observar essa característica em várias espécies, inclusive nos nossos ancestrais. A convivência em grupo, além de proporcionar uma maior defesa frente aos predadores, permite a representação genética em gerações futuras (Plutchik, 1992). Segundo Eibl-Eibesfeldt (1970) o comportamento social no homem é em grande parte pré-programado, ou seja, ele já está equipado com mecanismos inatos que permitem que ele responda de modo adequado nas situações, preservando assim a espécie. Podemos perceber então que existe uma predisposição genética para as habilidades sociais.

O desenvolvimento de um repertório adequado de habilidades sociais sofre influência direta do ambiente e das relações sociais que o indivíduo tem ao longo da vida. O primeiro grupo social no qual o indivíduo tem acesso é sua família. Nela ocorrem os primeiros intercâmbios de conduta social e afetiva, valores e crenças que vão influenciar de maneira decisiva o comportamento social dessa pessoa (Caballo, 2006; Hidalgo & Abarca, 2000).

Esse comportamento se constitui num aprendizado contínuo de padrões cada vez mais complexos que vão incluir aspectos cognitivos, afetivos, sociais e morais, adquiridos através de um processo de maturação e aprendizagem em permanente interação com o meio social (Caballo, 2006; Hidalgo & Abarca, 2000). É por essa razão que o comportamento social terá características próprias daquela cultura.

Existem na literatura alguns modelos teóricos que explicam o desenvolvimento das habilidades sociais. Entre eles estão o modelo da aprendizagem social, o modelo da percepção social e os modelos interativos.

O modelo da aprendizagem social propõe que as habilidades são aprendidas através de experiências diretas ou vicárias e são mantidas através do reforço social. Quanto mais um indivíduo experiencia alguma situação social, mais ele saberá qual o comportamento adequado para ela. A modelação, que seria uma aprendizagem por observação do outro, faz parte desta hipótese de aprendizagem das Habilidades Sociais. Assim, crianças observariam seus pais e repetiram as mesmas repostas ou poderiam ainda aprender por instrução direta, onde os pais dizem quando deve se pedir desculpas, ou obrigada. Dessa forma, modelação e oportunidades de praticar essas habilidades a fim de torná-las repostas bem internalizadas, são fatores importantes em sua aquisição (Caballo, 2006).

O modelo da percepção social destaca o papel da seleção da informação. Nesse modelo, a conduta motora, os processos cognitivos e perceptivos se integram. Para alcançarmos os objetivos de uma atuação habilidosa, precisamos perceber os sinais, verbais e não verbais e traduzir esses sinais de maneira a planejar uma conduta eficaz em uma determinada situação. O comportamento expresso por sua vez recebe um feedback por parte do outro na interação que vai mostrar se o comportamento foi ou não habilidoso. O modelo de Argyle mostra a importância de se realizar uma leitura do ambiente para determinar as normas e convenções do contexto, entender os sinais do outro, suas intenções e emoções. Esse processo é denominado de percepção social (Argyle, 1981; Gil & Leon, 1998; Hidalgo & Abarca, 2000).

Os modelos interativos propõem que a competência social será alcançada como resultado de uma cadeia de processos cognitivos e comportamentais que se iniciariam

com a percepção acurada dos estímulos interpessoais, continuando com um processamento flexível gerando assim possíveis opções de respostas. A melhor resposta é selecionada e expressa em seguida (Caballo, 2006; Gil & Leon, 1998).

3.5 - Deficiências em habilidades sociais

Vários autores apontam a importância das habilidades sociais para o ajuste psicossocial (Argyle, 1981; Caballo, 1998; Del Prette & Del Prette, 2002; Gil & Leon, 1998; Kelly, 2000). A pessoa inábil socialmente carece de um repertório comportamental e/ou usa respostas inadequadas porque não aprendeu ou o fez de maneira inadequada. Como consequência, realiza avaliações, sobre os outros e sobre si mesmo, pobres e distorcidas. As consequências ao longo da vida do indivíduo podem ser psicologicamente graves, causando inibição social, insegurança e baixa auto-estima (Hidalgo & Abarca, 2000).

Argyle (1981) aponta que as deficiências em habilidades sociais atingem cerca de 25 a 30% dos pacientes com transtornos mentais. Ou seja, deficiências em interagir socialmente parecem estar relacionadas a uma variedade de transtornos psicológicos, como a depressão (Argyle, 1981; Caballo, 2006; Fernandes, 2008), ansiedade social (Argyle, 1981; Caballo, 2006; Del Prette & Del Prette, 2002) transtornos de personalidade (Caballo, 1998) e esquizofrenia (Argyle, 1981; Caballo, 1998; 2006; Del Prette & Del Prette, 2002). Além disso, uma revisão de pesquisas feita por Caballo e Irurtia (2004) propõe que o funcionamento social pobre pode levar à psicopatologia, em vez de originar-se dela. Assim, a deficiência em habilidades sociais pode ser um fator que antecede ou predispõe o desenvolvimento de diversos transtornos psicológicos.

Estudos mostram que existe correlação entre crianças que tiveram um desenvolvimento pobre em habilidades sociais e diversos distúrbios psicopatológicos na

vida adulta como ansiedade social, timidez, depressão, problemas de agressividade, entre outros (Hidalgo & Abarca, 2000).

Hidalgo e Abarca (2000) afirmam que o comportamento social e a saúde mental têm uma estreita relação. Uma conduta social efetiva é capaz de desenvolver redes de apoio social, fundamental para o bem-estar do indivíduo e seus relacionamentos sociais (Grisset & Norvell, 1992), e o desenvolvimento de habilidades sociais é necessário para a obtenção desse apoio, uma vez que é preciso desenvolver e manter uma relação satisfatória em uma determinada situação.

As constatações acima têm motivado a construção de programas de treinamento em habilidades sociais (THS) com o objetivo de tornar os indivíduos mais capacitados socialmente. Segundo Caballo (2006), a melhoria no funcionamento interpessoal pode contribuir para a melhoria no funcionamento psicológico. Dessa forma, a aplicação do THS abrange diversos problemas como ansiedade, fobia social, depressão, esquizofrenia, problemas conjugais, entre outros (Caballo, 2006). As técnicas frequentemente empregadas compreendem o fornecimento de instruções, ensaio comportamental, feedback verbal, reestruturação cognitiva, tarefas de casa, técnicas para solução de problemas e relaxamento (Caballo, 2006), visando modificar componentes comportamentais, cognitivos e fisiológicos típicos dos déficits em habilidades sociais.

Dessa forma, um treinamento em habilidades sociais deve contemplar as habilidades sociais específicas com seus componentes cognitivos, comportamentais e afetivos.

3.6 - Habilidades sociais e transtornos alimentares

A literatura sugere que pacientes com TA frequentemente apresentam vários *déficits* interpessoais como dificuldades para identificar e expressar pensamentos e sentimentos (Garner & Bemis, 1985), deficiências na conversação (Guidano & Liotti, 1983; Grisset & Norvell, 1992), fazer perguntas, recusar pedidos, responder a críticas, defender direitos (Behar, Manzo & Casanova, 2006) e resolver problemas (Behar & cols., 2006; Holt & Espelage, 2002). Esses *déficits* contribuem para ocorrência de baixa auto-estima, ansiedade, depressão, retraimento social, insegurança, dificultando também o desenvolvimento de uma rede de apoio social e relações afetivas satisfatórias (Behar & cols., 2006; Grisset & Norvell, 1992; Strigel-Moore, Silbertstein & Rodin, 1993; Willians, Chamove & Millar, 1990).

Segundo Grisset e Norvell (1992), existem relações entre apoio social e saúde física e mental. Uma revisão feita pelas autoras mostrou que a percepção desse apoio social pode proteger o indivíduo do impacto psicológico de eventos estressantes e situações de vida adversas. Holt e Espelage (2002) mostram que o apoio social se correlaciona positivamente com competência social e que indivíduos que percebem um forte suporte social tendem a ser melhores líderes e também melhores na resolução de problemas. Ainda segundo as autoras, é possível que indivíduos com bulimia não tenham a competência social necessária para usar as redes de apoio social (Holt & Espelage, 2002).

Grisset e Norvell (1992) investigaram as redes de apoio social e os relacionamentos interpessoais de mulheres bulímicas e compararam a um grupo controle. O estudo utilizou questionários de auto-informe que avaliavam o apoio social percebido, a qualidade dos relacionamentos, habilidades sociais e psicopatologia. Os resultados obtidos mostram que as bulímicas reportam menor percepção do apoio social

de amigos e familiares e maiores interações aflitivas. Elas também apresentam menor competência social quando comparadas a controles normais. As autoras sugerem que o fato de não terem o apoio social e ainda terem interações aflitivas podem levá-las ao engajamento e/ou a manutenção de comportamentos alimentares inadequados (Grisset & Norvell, 1992).

Uma revisão de estudos feita por Strigel-Moore e cols. (1993) propõe que a auto-avaliação negativa induzida por experiências sociais aversivas favorecem episódios de compulsão alimentar em bulímicas. Tal comportamento parece ser uma estratégia para lidar com os afetos negativos.

Vários estudos apontam para uma baixa assertividade em indivíduos com TA (Behar & cols., 2006; Willians & cols., 1990; 1993). Apesar de se sentirem controlados pela família e sociedade, de um modo geral, esses indivíduos não conseguem se comportar de forma assertiva. Essa ausência de assertividade pode se manifestar na forma de passividade ou de agressão auto-dirigida (Behar & cols., 2006).

Willians e cols. (1990) compararam quatro grupos (indivíduos com TA, controles psiquiátricos, controles em dieta e controles normais) em relação a: sintomas alimentares, locus de controle, assertividade, hostilidade e ambiente familiar. Os resultados mostraram uma alta correlação entre sintomatologia do TA com percepção de ser controlado por forças externas, baixa asserção pessoal, altos níveis de hostilidade auto-dirigida e percepção da família como mais controladora e menos encorajadora. Em relação aos grupos, os indivíduos com TA apresentaram maior locus de controle externo, maior hostilidade auto-dirigida, menor assertividade e menor encorajamento familiar. Essas diferenças foram significativas em relação aos grupos de controles em dietas e controles normais, com exceção do locus externo de controle. Em relação ao

controle psiquiátrico, houve diferenças, mas não foram significativas (Willians & cols., 1990).

Em outro estudo, Willians e cols. (1993) mostraram que as pacientes com TA apresentam baixa assertividade, baixa auto-estima, e maior hostilidade autodirecionada quando comparadas a controles que se engajam em dietas, assim como controles normais. Segundo os autores, estas parecem ser características que diferenciam os indivíduos com TA daqueles sem os TA.

As pesquisas também mostram que essas pacientes frequentemente apresentam características alexitímicas, ou seja, têm dificuldades em identificar e descrever seus próprios sentimentos (Garner & Bemis, 1985; Shiina & cols., 2005). Essa autoconsciência é um importante componente cognitivo das habilidades sociais. Van Strien e Ouwens (2007) sugerem que a dificuldade em identificar os próprios sentimentos está associada à ingestão excessiva de comida e a impulsividade em situações de grande angústia. Estudos com uma amostra não clínica mostram que a presença dessas características estão associadas a uma maior insatisfação corporal e podem ser um fator de risco para desenvolver um TA (De Berardis & cols., 2007).

A insatisfação corporal também tem sido associada à ansiedade social nessas pacientes por conta do medo da avaliação negativa pelos outros, principalmente em relação ao formato do corpo. O medo da avaliação negativa acaba provocando a evitação das situações sociais, o que contribui para o isolamento social dessa paciente. Hinrichsen, Wright, Waller e Meyer (2003) encontraram altos níveis de ansiedade social em pacientes com os dois subtipos de anorexia e bulimia, em comparação a um grupo controle. A insatisfação corporal associada ao medo de avaliações negativas favorece a restrição e também episódios de compulsão alimentar.

Uma revisão feita por Fischer (2002) mostrou que existe uma forte relação entre déficits em habilidades sociais e transtornos alimentares. O autor relacionou os estudos que apontam os déficits em HS em transtornos mentais e outros problemas clínicos e encontrou 11 itens que também são encontrados nos TA (Quadro 4).

Quadro 4 - Déficiats em HS em transtornos alimentares e em outros problemas clínicos.

	<u><i>Déficiências de interação características em indivíduos com transtornos alimentares.</i></u>	<u><i>Déficiats em habilidades sociais, presente em outros problemas clínicos.</i></u>
1	A baixa auto-estima é característica em pacientes com transtornos alimentares (Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, 1993).	O indivíduo que tem deficiência em habilidades sociais apresenta com maior probabilidade baixa auto-estima (Carmona e Melo, 2000; Trower, O'Mahony e Dryden, 1982).
2	As pacientes com anorexia nervosa apresentam ansiedade social (Pillay e Crisp (1981).	“A presença de ansiedade social é um dos fatores mais importantes nos déficiats sociais” (Carmona e Melo, p. 39, 2000).
3	As pacientes com transtornos alimentares apresentam déficit em assertividade nas suas interações familiares e sociais (Willians, Chamove e Millar, 1990).	O indivíduo não habilidoso socialmente apresenta déficit em assertividade (Caballo, 1993; Falcone, 2000; Hansson <i>et al</i> , 1984).
4	As pacientes com transtornos alimentares apresentam hostilidade autodirecionada, como uma forma de comportamento não assertivo nas suas interações familiares e sociais (Willians, Chamove e Millar, 1990).	
5	O indivíduo com transtorno alimentar apresenta uma percepção deficiente do apoio social (Grissett e Norvell, 1992).	O indivíduo que tem déficit em habilidades sociais apresenta uma percepção social deficitária (Argyle, 1978 in: Carmona e Melo, 2000).
6	O indivíduo com transtorno alimentar apresenta dificuldade de obter de apoio social (Grissett e Norvell, 1992).	Deficiência em assertividade, empatia, entre outras habilidades, impedem a obtenção de apoio social (Hansson <i>et al</i> , 1984).
7	A paciente com bulimia nervosa apresenta um estilo de vida estressante pela não obtenção de apoio social (Grissett e Norvell, 1992).	Deficiências em habilidades sociais estão associadas a um estilo de vida estressante (Hansson <i>et al</i> , 1984).
8	Indivíduos com transtornos alimentares apresentam retraimento social (Fairburn e Cooper, 1997; Guidano e Liotti, 1983).	A pessoa que teve um pobre desenvolvimento de habilidades sociais apresenta retraimento social (Argyle <i>et al</i> , 1974b in: Trower, O'Mahony e Dryden, 1982).
9	A paciente com transtorno alimentar tem relações amorosas menos gratificantes, resultantes de uma reação ao desapontamento num relacionamento	Sujeitos com deficiências em habilidades sociais apresentam relações interpessoais menos gratificantes (Falcone, 2000).

	importante (Guidano e Liotti, 1983).	
10	O modo como as pacientes com transtornos alimentares se comunicam cria algumas dificuldades interpessoais (Guidano e Liotti, 1983).	O indivíduo que tem déficit em habilidades sociais apresenta comunicação interpessoal deficitária (Bedell & Lennox, 1997; Falcone, 2000).
11	A paciente com transtorno alimentar apresenta uma auto-expressão deficitária nas suas interações familiares (Bruch, 1988 in: Guidano e Liotti, 1983).	O indivíduo que tem déficit em habilidades sociais apresenta auto-expressão deficitária (Bedell & Lennox, 1997; Falcone, 2000).

Fonte: Fischer (2002, p. 28)

As constatações acima têm motivado os profissionais a trabalharem com as dificuldades interpessoais características do transtorno. Shiina e cols. (2005) avaliaram um programa de tratamento em grupo para bulimia utilizando a terapia cognitivo-comportamental combinada com treinamento em assertividade, solução de problemas e aumento da auto-estima. Os resultados apontaram para uma melhora tanto no comportamento bulímico quanto no funcionamento social dessas pacientes.

Um treinamento em habilidades sociais com pacientes internadas promoveu diminuição da ansiedade, depressão e do medo de avaliações negativas. O grupo também apresentou melhoras na auto-avaliação de suas habilidades de comunicação (Takahashi & Kosaka, 2003).

Dessa forma, o desenvolvimento de habilidades sociais favorece a modificação da qualidade das relações interpessoais, aumento da auto-estima e o desenvolvimento de crenças de auto-eficácia, permitindo que vários fatores comecem a ter um papel maior no sistema de auto-avaliação, reduzindo assim a importância atribuída à alimentação e formato corporal (Duchesne, 2006b).

4- As relações entre estilos de apego, habilidades sociais e transtornos alimentares

Como foi visto anteriormente, a família é o primeiro grupo no qual o indivíduo tem acesso. Dessa forma, as experiências iniciais são importantes para a aprendizagem de normas, valores e condutas. Experiências negativas com a figura de apego vão contribuir para a formação de modelos internos de funcionamento interpessoal disfuncionais. Tais modelos interferem na expressão adequada de sentimentos, necessidades, etc, bem como na leitura acurada do estado interno dos outros, contribuindo, por sua vez para um pobre repertório de habilidades sociais.

As primeiras relações do indivíduo contribuem para a formação de esquemas ou modelos internos de funcionamento, que vão guiar o comportamento da pessoa em situações diversas com pessoas diversas. Segundo Fonagy e Target (1997), é na formação dos modelos internos de funcionamento que a criança aprende a capacidade de mentalização, ou seja, a capacidade de predizer o comportamento de si própria e dos outros em situações distintas. Essa capacidade de predizer o comportamento do outro, de fazer uma “leitura” do outro e do ambiente social é fundamental para que o indivíduo possa se comportar de maneira socialmente habilidosa. Experiências negativas com as figuras de apego irão contribuir para a formação de esquemas desadaptativos, que por sua vez irão contribuir para relacionamentos interpessoais prejudicados (Safran, 2001).

Após revisão de estudos relacionando empatia e estilos de apego, Britton e Fuendeling (2005) concluíram que o cuidado parental está positivamente associado à tomada de perspectiva e preocupação empática. Por outro lado, a superproteção está associada negativamente à tomada de perspectiva e preocupação empática. Segundo esses autores, a habilidade de promover uma base segura para os outros é parcialmente dependente da habilidade de reconhecer as necessidades destes. Dessa forma, indivíduos

seguramente apegados devem ser mais empáticos do que indivíduos inseguramente apegados (Britton & Fuendeling, 2005).

Segundo Milinkuncer, Shaver, Gillath e Nitzberg (2005), o apego seguro facilita o comportamento de ajuda verdadeiramente dirigido para o benefício do outro, sem razões egoístas para tal auxílio. Além disso, os indivíduos ansiosamente apegados tendem a focar mais nas suas próprias necessidades e angústias. Tal preocupação prejudica a tomada de perspectiva e o engajamento em comportamentos altruístas.

As relações entre estilos de apego e habilidades sociais também foram investigadas por Salvo, Irene, Donadone, Arantes e Amélio (2005). Os autores encontraram correlações positivas entre estilo de apego seguro e habilidades sociais. Através da regressão estatística, o apego seguro pôde prever em certo grau o escore total de habilidades sociais apresentado pelo indivíduo.

Di Tommaso, Brannen-McNulty, Ross e Burgess (2003) investigaram as relações entre estilos de apego e habilidades sociais em 183 estudantes universitários. Os resultados apontaram para uma relação entre estilos de apego seguro e maiores níveis de habilidades sociais. Segundo os autores, a forte relação encontrada entre apego seguro e expressão social e emocional pode indicar que esses indivíduos possuem uma maior facilidade em expressar seus pensamentos, sentimentos e atitudes, o que caracteriza um comportamento assertivo.

Tais constatações sugerem que os estilos de apego irão interferir na aprendizagem das habilidades sociais. Indivíduos com apego inseguro carecem de um repertório comportamental e/ou usam respostas inadequadas porque não aprenderam ou o fizeram de maneira inadequada. Como consequência, realizam auto-avaliações pobres e distorcidas. (Argyle, 1981; Caballo, 1998; Del Prette & Del Prette, 2002; Hidalgo & Abarca, 2000).

A literatura também aponta uma relação entre estilos de apego inseguro e transtornos alimentares. Como já foi descrito anteriormente, as famílias de indivíduos com TA são bastante disfuncionais, não promovendo uma base segura para a criança se desenvolver. Uma revisão de estudos sobre estilos de apego também sugere que pessoas com estilos apego inseguro são mais propensas a apresentarem alguma psicopatologia (Bowlby, 2001; Dammann, 2003; Fonagy & cols., 1996).

Crowter e cols. (2002) propõem que a disfunção familiar aumenta o risco da criança desenvolver alguma psicopatologia, mas não necessariamente um transtorno alimentar. Segundo esses autores, a presença de certas atitudes familiares em relação à comida, comentários negativos sobre peso e formato corporal e dietas estão mais presentes nas famílias de indivíduos com TA. Uma revisão feita por Meno e cols. (2008) também constatou que a preocupação familiar com o peso, comida e dietas contribuiria para a formação do TA. Essas, portanto, parecem ser características familiares específicas que vão favorecer a formação de um TA e não outra psicopatologia (Crowter e cols., 2002).

Essas relações familiares não promovem um bom desenvolvimento cognitivo da paciente contribuindo para a baixa auto-estima e crenças de ineficácia pessoal e incompetência social (Guidano & Liotti, 1983; Kiang & Harter, 2006; Sharpe & cols., 1996). Tais crenças prejudicam o funcionamento interpessoal do indivíduo favorecendo seu isolamento social.

Na literatura, foi possível identificar vários *déficits* em habilidades sociais em indivíduos com TA. Eles frequentemente apresentam dificuldades nas conversações, identificação e expressão de pensamentos e sentimentos, para fazer perguntas, responder a críticas, resolver problemas. Os estudos mostram que essas deficiências na interação

social estão relacionadas a comportamentos alimentares inadequados, muitas vezes sendo um fator mantenedor do transtorno.

Pode-se perceber que os indivíduos com TA experienciam, além dos problemas clínicos associados aos transtornos, relacionamentos interpessoais bastante prejudicados. A interação familiar contribui para a formação de crenças disfuncionais em relação a si e aos outros. Essas crenças são desenvolvidas com base nas experiências de aprendizagem mal-adaptativas com as figuras de apego, e perduram até a fase adulta.

Os dados teóricos e empíricos apresentados acima propõem a existência de uma relação entre estilos de apego inseguros e TA. Além disso, propõe que deficiências em habilidades sociais (assertividade e empatia) estão relacionadas com os TA. Finalmente existem algumas provas sugerindo a relação entre estilos inseguros de apego e deficiências em habilidades sociais (assertividade e empatia). Tais dados sugerem fortemente a existência de relação entre estilos de apego inseguro, déficits em habilidades sociais e TA.

A criança que não tem suas necessidades atendidas a partir de um padrão parental não apegado poderá construir estilos de apego caracterizados por uma forma insegura com estratégias de evitação ou supercompensação. Tais padrões irão favorecer o desenvolvimento de comportamentos sociais inadequados. Junto a isso, a influência cultural favorecendo uma valorização pessoal através de um corpo esbelto, da magreza poderá contribuir para que esses indivíduos acreditem que essa é a forma mais viável de obter apego, de obter afeto, de se vincular as pessoas. É plausível que eles possam aprender que o vínculo afetivo pode se formar através de um corpo esbelto e não de habilidades de expressão, etc.

Os estudos até aqui apresentados, embora sugerindo uma relação entre os três, não apresentam uma comparação entre estilos de apego, habilidades sociais e

transtornos alimentares. Uma pesquisa feita nas bases de dados Medline, Psychinfo no período de 1998 a 2008, não encontrou nenhuma avaliação desse tipo. Diante disso, pretende-se nesse estudo, avaliar as deficiências em habilidades sociais e estilos de apego e de que forma eles estão presentes em indivíduos com TA, quando comparados a indivíduos que não apresentam o transtorno.

Hipotetiza-se que estilos de apego inseguro estejam relacionados a deficiências em habilidades sociais e a transtornos alimentares. Além disso, deficiências em habilidades sociais e estilos inseguros de apego estariam relacionados à maior gravidade nos sintomas do TA.

5 - Objetivo e hipóteses

5.1- Objetivo geral

Avaliar as relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos com transtorno alimentar e comparar a um grupo de indivíduos sem o transtorno.

5.2- Hipóteses:

- Indivíduos com TA apresentam maiores níveis de apego inseguro quando comparados a indivíduos sem TA
- Maior gravidade dos sintomas do TA associada a níveis mais altos de apego inseguro
- Indivíduos com TA apresentam deficiências em habilidades sociais quando comparados a indivíduos sem TA
- Indivíduos com TA apresentam níveis de empatia mais baixos do que indivíduos sem TA
- Indivíduos com TA apresentam níveis de assertividade mais baixos do que indivíduos sem TA
- Gravidade do TA correlaciona-se inversamente com níveis de habilidades sociais.

6- Método:

6.1 - Participantes:

Os participantes foram recrutados no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), ambulatório que funciona no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, no Rio de Janeiro. O GOTA é um serviço especializado no tratamento dos transtornos alimentares. Ele é formado por uma equipe multidisciplinar, composta de médicos endocrinologistas e psiquiatras, psicólogos e nutricionistas.

Os participantes com transtornos alimentares foram divididos em três grupos: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP).

O grupo de AN foi composto por 12 pacientes do sexo feminino com o diagnóstico completo de AN de acordo com o DSM-IV e 2 pacientes, também do sexo feminino, com a síndrome parcial (não cumpriam o critério amenorréia). O IMC médio do grupo foi 16, com desvio padrão de 0,457, a média de idade foi de 25,28 anos, com desvio padrão de 11,75 e média de anos de estudo foi de 12,35, com o desvio padrão de 3,5. O grupo controle foi composto por 14 indivíduos com peso normal pareados pela idade, sexo, anos de estudo.

O grupo de BN foi composto por 33 pacientes com o diagnóstico de bulimia nervosa, todas do sexo feminino, das quais 25 eram do subtipo purgativo e 8 do subtipo não purgativo. A média de idade das bulímicas foi 32 anos com desvio padrão de 11,4, e IMC médio de 24,3, com desvio padrão de 6,2. O grupo controle foi composto de 31 indivíduos do sexo feminino, com peso normal, pareados pela idade e anos de estudo.

O grupo de obesos com TCAP foi composto por 31 indivíduos, sendo 30 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A média de idade foi de 39,19 anos, com desvio padrão de 10,4. Este grupo foi comparado a 31 obesos sem TCAP, pareados pelo sexo,

idade, IMC, anos de estudo, para o controle da variável obesidade, além de um grupo com 28 indivíduos com peso normal, também pareados por idade, sexo e anos de estudo. A tabela 1 apresenta a descrição da amostra.

Tabela 1 - Descrição da amostra

	N	Idade Média (DP)	p	Anos de estudo Média (DP)	p	IMC Média (DP)	p
AN	14	25 (11,7)	0,45	12,3(3,5)	0,32	16 (1,7)	0,00*
Controles	14	28 (12,1)		13,6(3,1)		21 (2,2)	
BN	33	32(11,4)	0,31	13,2 (3,6)	0,54	24,3 (6,2)	0,07
Controles	31	29(10,1)		12,8 (2,9)		22,1(1,8)	
Obesos TCAP	31	35(8,7)	0,17	12,1(3,9)	0,11	41,5 (7,4)	0,00* ^a
Obesos sem TCAP	31	39(10,4)		10,5(2,7)		40,3(6,7)	
Controles - peso normal	28	34(11,8)		12,2(4)		22,3(2,2)	

**p*-valor <0,01. *a*- diferença significativa entre obesos com e semTCAP com controles de peso normal

Legenda: DP = Desvio Padrão

6.2 - Instrumentos:

Foram utilizados instrumentos para avaliar os sintomas dos transtornos alimentares, as habilidades sociais e os estilos de apego de cada participante.

a) Os instrumentos para a avaliação de sintomas e gravidade dos TA serão:

- Teste de Atitudes Alimentares, para Anorexia Nervosa – instrumento utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN ou BN. Indica a presença de padrões alimentares anormais. O teste foi traduzido e validado no Brasil, apresentando $\alpha = 0,75$ (Nunes e cols., 2005). É uma escala do tipo Likert, com 26 questões, nas quais o participante responde de acordo com a legenda (S- sempre; MF - muito frequentemente; F- frequentemente; AV-

às vezes; R - raramente; N- nunca) O escore maior que 21 é sugestivo de padrão alimentar anormal.

- Teste de Investigação Bulímica de Edinburg, para a Bulimia Nervosa – identifica indivíduos com compulsão alimentar e avalia os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à bulimia. Possui duas escalas, a escala de sintomas, composta por 30 questões, onde o sujeito marca “sim” ou “não”, e a escala de gravidade, composta por 3 questões, onde o sujeito marca a frequência de acordo com a legenda oferecida. Na escala de sintomas, um escore maior ou igual a 20 indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não usual, e necessitam de avaliação por uma entrevista clínica. Na escala de gravidade, um escore maior ou igual a 5 é considerado clinicamente significativo, e um escore maior ou igual a 10 indica elevado grau de gravidade. O teste já foi traduzido para o português (Cordás & Hochgraf, 1993). Sua confiabilidade foi avaliada e o coeficiente Kappa obtido foi de 0,85, indicando um bom desempenho do instrumento (Magalhães & Mendonça, 2005).
- Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) para TCAP – questionário amplamente utilizado e desenvolvido para avaliar a compulsão alimentar em indivíduos obesos. É composto por 16 grupos de afirmações, onde o sujeito marca a afirmação que o melhor descreve. Esse questionário avalia as manifestações comportamentais, os sentimentos e cognições envolvidos num episódio de compulsão alimentar. Já validada para a população brasileira (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinario 2001), com adequadas propriedades psicométricas ($\alpha = 0,85$) que indicam um ponto de corte de 17 para o rastreamento do TCAP.

b) Inventário de Empatia (I.E) (Falcone & cols., 2008)- construído para avaliar a capacidade de interagir de forma empática em várias situações interpessoais. É composta de 40 itens divididos em quatro fatores: 1- Tomada de Perspectiva (TP), que avalia a capacidade para compreender a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa (12 itens); 2- Flexibilidade (FI), identifica a capacidade para entender e aceitar pontos de vista diferentes (10 itens); 3- Altruísmo (A), avalia a capacidade para sacrificar temporariamente as próprias necessidades em benefício das necessidades da pessoa-alvo (9 itens); 4- Sensibilidade Afetiva (SA), revela sentimentos de compaixão e de interesse pelo estado emocional da outra pessoa (9 itens). As respostas dos sujeitos são avaliadas em uma escala do tipo Likert, que varia do 1 (nunca) até 5 (sempre).

A análise de consistência interna dos fatores revelou coeficientes Alpha de Cronbach igual a 0,86 para o fator 1; 0,78 para o fator 2; 0,75 para o fator 3 e 0,72 para o fator 4, indicando confiabilidade do instrumento (Falcone & cols., 2008).

c) Inventário de Habilidades Sociais (IHS- Del Prette & Del Prette, 1998) - instrumento que avalia cinco fatores de habilidades sociais. Os estudos com o IHS – Del Prette indicam uma consistência interna satisfatória para a escala total ($\alpha = 0,75$) e para cada um de seus fatores: F1 - enfrentamento e auto-afirmação com risco ($\alpha = 0,9650$); F2 - auto-afirmação na expressão de sentimento positivo ($\alpha = 0,8673$); F3 - conversação e desenvoltura social ($\alpha = 0,8187$); F4 - auto-exposição a desconhecidos e situações novas ($\alpha = 0,7525$); e F5 - autocontrole da agressividade ($\alpha = 0,7413$). É composto por 38 itens que caracterizam interações sociais em contextos diversos.

d) Escala de Apego Adulto (EAA) – desenvolvida por Collins e Read (1990), avalia três estilos de apego adulto denominados de Proximidade (grau de conforto com a proximidade e intimidade), Confiança (grau de confiança na disponibilidade dos

outros) e Ansiedade (grau de ansiedade e medo de ser abandonado ou de não ser amado). O fator Ansiedade é composto somente por itens reversos e, portanto, quanto maior o escore nesse fator, menor será a ansiedade, indicando segurança em ser amado. A escala é composta de 18 itens, cuja resposta é dada de acordo com a graduação de 1 (não tem nada a ver comigo) a 5 (tem tudo a ver comigo).

A escala foi traduzida, adaptada e posteriormente avaliada por Seidl de Moura, Oliva, Vieira, Britto, Cabral dos Santos, Bussab e Otta (2006). Sua aplicabilidade foi testada em uma amostra de 103 adultos brasileiros. A análise fatorial revelou três dimensões subjacentes aos itens do EAA concordantes com as dimensões de Collins e Read. A consistência interna revelou coeficiente Alpha de 0,84. Para cada um dos fatores, os coeficientes alpha foram: fator 1 = 0,63; fator 2 = 0,73; fator 3 = 0,83.

e) Self Report Questionnaire (SRQ 20) – desenvolvido por Harding e cols. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986), essa medida identifica distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária (Smaira, Kerr-Corrêa & Contel, 2003). É composta de 24 itens, dentre os quais, 20 avaliam distúrbios neuróticos e quatro identificam distúrbios psicóticos. Considerando-se que esses itens são pouco úteis, a recomendação da OMS é de que estes sejam omitidos (Smaira, Kerr-Corrêa & Contel, 2003). Os pontos de corte baseados nos 20 itens são 7, para os homens e 5 para as mulheres. Eles discriminam grupos de indivíduos com maior ou menor probabilidade de apresentar um quadro psiquiátrico.

6.3 - Procedimento:

Foi realizada a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, versão do paciente, para o diagnóstico de Transtorno Alimentar. Em seguida foram aplicadas as escalas para a avaliação dos sintomas do TA.

Os participantes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e adicionalmente, as seguintes medidas de auto-informe foram aplicadas: Inventário de Empatia (I.E.) e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), para a avaliação das habilidades sociais; a Escala de Apego Adulto (EAA) para a avaliação dos estilos de apego.

Para a determinação do grupo controle (sem diagnóstico psiquiátrico) foi utilizado o SRQ 20, o qual selecionou os indivíduos com escore inferior a 7 (homens) e inferior a 5 (mulheres). Para a avaliação do comportamento alimentar, foram aplicados os seguintes testes: Teste de Atitudes Alimentares, Teste de Investigação Bulímica de Edinburg e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Foram selecionados apenas os indivíduos que pontuaram abaixo do ponto de corte de cada instrumento. Em seguida, foram aplicados os seguintes instrumentos: Inventário de Empatia (I.E.), e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), para a avaliação das habilidades sociais; a Escala de Apego Adulto (EAA) para a avaliação dos estilos de apego.

6.4 - Análise dos Dados:

Os dados foram digitados em uma planilha Excell, e posteriormente analisados no pacote estatístico SPSS versão 17. Os escores dos participantes foram comparados aos escores do grupo controle por meio de estatísticas descritivas e também por meio de estatísticas inferenciais (Teste T e ANOVA). Foi feito também a correlação de Pearson, para avaliar a relação entre as variáveis estudadas.

7 - Resultados

7.1 - Anorexia nervosa

Em relação ao IHS – Del Prette, as médias obtidas pelo grupo controle foram maiores do que no grupo de anoréxicas, tanto no escore total, quanto nos cinco fatores (tabela 2). Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 2 - Diferenças nas médias obtidas no IHS entre AN e controles

	AN Média (DP)	Controles Média (DP)	P-Valor(Teste T)
IHS- Total	85,8 (19,6)	98,5 (20,9)	0,109
IHS-F1	20,7 (7,4)	24 (8)	0,264
IHS-F2	20,6 (4,2)	22,2 (3,7)	0,310
IHS-F3	15 (4,2)	17,7 (5,3)	0,139
IHS-F4	7,8 (5)	10,2 (4,5)	0,193
IHS-F5	6,7 (2,6)	7,8 (2,3)	0,275

* *p* valor <0,05. ***p*-valor <0,01. DP = Desvio Padrão

O mesmo aconteceu com o Inventário de Empatia. As médias obtidas pelas anoréxicas foram menores em comparação com o grupo controle nos quatro fatores do inventário, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa (tabela 3).

Tabela 3 – Diferenças nas médias obtidas no I.E. entre AN e controles

	AN Média (DP)	Controles Média (DP)	P-Valor (Teste T)
Tomada de perspectiva	40,1(8,4)	44,5 (4,6)	0,103
Flexibilidade Interpessoal	24,6 (9,2)	29,7 (5,9)	0,091
Altruísmo	26,2 (7,2)	30,2 (5)	0,96
Sensibilidade Afetiva	33,7 (8,5)	37,6 (3,6)	0,126

* *p* valor <0,05. ***p*-valor <0,01. DP = Desvio Padrão

Na Escala de Apego Adulto, entretanto, os grupos diferiram significativamente quanto ao escore global ($p < 0,01$) e também nos fatores *Proximidade* ($p < 0,01$), *Confiança* ($p < 0,01$) e *Ansiedade* ($p < 0,01$). Ver tabela 4.

Tabela 4 – Comparação das médias do EAA entre AN e controles

	AN Média (DP)	Controles Média (DP)	P-Valor (Teste T)
Total	56,7(12,5)	72,7 (4)	0,000**
Proximidade	22 (3,3)	25,4 (1,9)	0,003**
Confiança	18,1 (3,4)	21 (1,2)	0,006**
Ansiedade	16,5 (7,3)	25,1 (2,9)	0,000**

* p valor $< 0,05$. ** p -valor $< 0,01$. DP = Desvio Padrão

Em relação ao Teste de atitudes alimentares, a média das anoréxicas foi de 37,29, com desvio padrão de 18,73. A média do grupo controle foi de 7,5, com desvio padrão de 7,9. Diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,000)

Para avaliar as relações entre habilidades sociais, apego e TA, foram feitas correlações entre o IHS, IE, EAA e Teste de atitudes alimentares.

O Teste de Atitudes Alimentares se correlacionou negativamente com todos os inventários, sendo estatisticamente significativo quando comparado com os fatores tomada de perspectiva ($p = 0,04$), altruísmo ($p = 0,02$) e sensibilidade afetiva ($p = 0,02$) do IE e com os fatores proximidade ($p < 0,01$), confiança ($p < 0,01$), ansiedade ($p < 0,01$) e escore total do EAA ($p < 0,01$). Contudo, as correlações entre o Teste de Atitudes Alimentares e o IE foram fracas, variando entre -0,37 a -0,43 (ver tabela 5).

Tabela 5 – Correlações entre o Teste de Atitudes Alimentares e o IHS, IE e EAA

IHS	r (p-valor)	IE	r (p-valor)	EAA	r (p-valor)
Total	-0,369 (0,05)				
F1	-0,279 (0,15)	TP	-0,37 (0,04)*	Total	-0,67 (0,00)**
F2	-0,86 (0,66)	Fl	-0,30 (0,12)	Prox	-0,52 (0,00)**
F3	-0,30 (0,11)	Alt	-0,43(0,02)*	Conf	-0,57 (0,00)**
F4	-0,33 (0,69)	SA	-0,41 (0,02)*	Ansi	-0,62 (0,00)**
F5	-0,30 (0,12)				

* *p*-valor <0,05. ***p*-valor <0,01

7.2 - Bulimia nervosa

As médias obtidas no IHS foram menores para o grupo de bulímicas quando comparadas ao grupo controle. Tal diferença foi estatisticamente significativa para todos os fatores assim como para o escore total (ver tabela 7). Já em relação ao Inventário de Empatia, os grupo só diferiram significativamente em relação ao fator tomada de perspectiva ($p < 0,01$) (ver tabelas 6 e 7).

Tabela 6 – Diferenças nas médias obtidas no IHS entre BN e controles.

	Bulimia Nervosa	Controles	P-Valor (Teste T)
	Média (DP)	Média (DP)	
IHS- Total	77,3 (17,9)	106,3 (16,7)	0,00**
IHS-F1	18,6 (6,8)	25,5 (7,1)	0,00**
IHS-F2	19,9 (4,5)	23,3 (2,8)	0,001**
IHS-F3	14,1(4,8)	20,4 (4,5)	0,00**
IHS-F4	6,6 (3,9)	10,5 (3,9)	0,00**
IHS-F5	6 (2,4)	9 (1,8)	0,00**

* *p* valor <0,05. ***p*-valor <0,01. DP = Desvio Padrão

Tabela 7 - Diferenças nas médias obtidas no I.E. entre BN e controles.

	Bulimia Nervosa Média (DP)	Controles Média (DP)	P-Valor (Teste T)
Tomada de perspectiva	37,2 (7,2)	44,1 (6,7)	0,00**
Flexibilidade Interpessoal	29,8 (6,7)	29 (5,6)	0,632
Altruísmo	31,9 (6,1)	30,8 (5,6)	0,445
Sensibilidade Afetiva	35,0(4,2)	37,1 (3,7)	0,231

* *p* valor <0,05. ***p*-valor <0,01. DP = Desvio Padrão

Na avaliação dos estilos de apego, os resultados mostram que as médias obtidas pelo grupo controle foram maiores quando comparadas ao grupo de bulímicas. Essa diferença foi significativa tanto para o escore total ($p < 0,01$), quanto para os fatores proximidade ($p < 0,01$), confiança ($p < 0,01$) e ansiedade ($p < 0,01$) (ver tabela 8).

Tabela 8 - Diferenças nas médias obtidas no E.A.A. entre BN e controles.

	Bulimia Nervosa Média (DP)	Controles Média (DP)	P-Valor (Teste T)
Total	54,1 (10,9)	72,4 (5,2)	0,000**
Proximidade	20,3 (5)	25,7 (2,6)	0,000**
Confiança	17,6 (4,2)	20,5 (2,3)	0,001**
Ansiedade	16,2 (5,6)	24,84 (3,1)	0,000**

* *p* valor <0,05. ***p*-valor <0,01. DP = Desvio Padrão

Para avaliar a gravidade dos sintomas bulímicos, foi utilizado a escala de gravidade do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh. A média obtida pelas bulímicas foi de 12,92, com desvio padrão de 6,9, enquanto a média do grupo controle foi de 1,55, com desvio padrão de 1,8. Essa diferença foi estatisticamente significativa (p -valor < 0,01).

Com o objetivo de verificar as relações entre a gravidade do TA, habilidades sociais e apego, foi feito o teste correlação de Pearson entre o IHS, IE, EAA e escala de gravidade do Teste de investigação bulímica de Edinburgh. Os resultados mostram uma

correlação negativa entre o Teste de investigação bulímica de Edinburg e o IHS, IE e EAA. Essa correlação só não foi significativa entre os fatores flexibilidade, altruísmo e sensibilidade afetiva do IE (ver tabela 9).

Tabela 9 – Correlações entre o Teste de investigação bulímica de Edinburg e o IHS, IE e EAA

IHS	r	IE	r	EAA	r
Total	-0,57 (0,00)**				
F1	-0,34 (0,00)**	TP	-0,33 (0,00)**	Total	-0,61 (0,00)**
F2	-0,43 (0,00)**	FI	-0,08 (0,49)	Prox	-0,39 (0,00)**
F3	-0,46 (0,00)**	Alt	-0,96(0,45)	Conf	-0,40 (0,00)**
F4	-0,32 (0,00)**	SA	-0,15 (0,22)	Ansi	-0,60 (0,00)**
F5	-0,52 (0,00)**				

7.3 - TCAP

Os obesos com TCAP foram comparados a um grupo com obesos sem TCAP e um grupo controle de peso normal. No IHS (tabela 10), houve diferenças significativas no escore total ($p < 0,01$), e no fator 1 – enfrentamento com risco ($p=0,03$), fator 4 – auto-exposição a desconhecidos ou situações novas ($p < 0,01$) e fator 5 - autocontrole da agressividade ($p < 0,01$).

Tabela 10 – Diferenças nas médias obtidas no IHS entre Obesos e controles

	Obeso sem TCAP	Obeso com TCAP	Controles Peso normal	P-Valor (ANOVA)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
IHS- Total	93,2 (23)	86,8 (17)	105,3 (20)	0,003**
IHS-F1	21,8 (9,2)	20 (7,3)	25,5 (7,4)	0,03**
IHS-F2	21,8 (6,3)	20 (5,2)	22,8 (3,6)	0,119
IHS-F3	18,6 (6,8)	17,1 (4,4)	19,7 (5,7)	0,210
IHS-F4	7,8 (4,3)	6,6 (3,5)	10,6 (4,1)	0,001**
IHS-F5	8,3 (2,2)	7,3 (2,1)	8,2 (2,2)	0,009**

* p valor $< 0,05$. ** p -valor $< 0,01$. DP = Desvio Padrão

No post hoc foi feito o teste de bonferroni, e a diferença no escore total foi significativa apenas entre o grupo de obesos com TCAP e o grupo controle de peso normal (p-valor <0,01). No fator 1, a diferença também só foi significativa entre os obesos com TCAP e controles com peso normal (p-valor = 0,03). No fator 4, a diferença foi significativa entre os obesos com TCAP e controles com peso normal (p-valor <0,01), e entre obesos sem TCAP e controles se peso normal (p-valor = 0,02). E, finalmente, no fator 5, a diferença foi significativa apenas entre os obesos com TCAP e controle de peso normal (p-valor < 0,01).

No IE, só houve diferença significativa no fator tomada de perspectiva (tabela 11). No post hoc, o teste de bonferroni mostrou que essa diferença foi significativa apenas entre os obesos com TCAP e controle de peso normal (p-valor <0,01) e obesos sem TCAP e controle de peso normal (p-valor = 0,02).

Tabela 11 – Diferenças nas médias obtidas no I.E. entre Obesos e controles

	Obeso sem TCAP Média (DP)	Obeso com TCAP Média (DP)	Controles Peso normal Média (DP)	P-Valor (ANOVA)
Tomada de perspectiva	39,3 (6,5)	37,2 (8,4)	43,9 (5,8)	0,002*** ^a
Flexibilidade Interpessoal	28,8 (6,9)	26,3 (7,2)	29 (4,9)	0,216
Altruísmo	29,3 (7,6)	29 (6,1)	29,6 (5,2)	0,948
Sensibilidade Afetiva	35,0(6,7)	35,3 (5,8)	37,3 (4)	0,243

* p valor <0,05. **p-valor <0,01. DP = Desvio Padrão. ^a- diferença significativa entre obesos com e sem TCAP com controles de peso normal

Em relação ao EAA, houve diferenças significativas no escore total, no fator proximidade e no fator ansiedade (tabela 12). No Post Hoc, o teste de Bonferroni mostrou que no escore total a diferença foi significativa entre obesos com TCAP e controles de peso normal (p-valor <0,01) e obesos sem TCAP e controles de peso normal (p-valor <0,01). No fator proximidade também, a diferença foi significativa na

comparação dos grupos de obesos (com e sem TCAP) com o grupo de controles de peso normal (p-valor <0,01). No fator ansiedade, a diferença foi significativa entre o grupo de obesos com TCAP e controles de peso normal (p-valor <0,01). Entre os obesos com e sem TCAP, a diferença neste fator pode ser considerada marginal (p-valor = 0,054).

Tabela 12- Diferenças nas médias obtidas no EAA entre Obesos e controles

	Obeso sem TCAP Média (DP)	Obeso com TCAP Média (DP)	Controles Peso normal Média (DP)	P-Valor (ANOVA)
Total	60,9 (16,4)	55,8 (14,5)	72,1 (5,8)	0,000*** ^a
Proximidade	21,8 (4,9)	20,7 (4,8)	25,5 (3,1)	0,000*** ^a
Confiança	19,2 (6,8)	16,9 (5,8)	20,2 (2,5)	0,062
Ansiedade	21,7 (7,3)	18,1 (6,1)	25,5 (3,3)	0,000*** ^a

* p valor <0,05. **p-valor <0,01. DP = Desvio Padrão. ^a- diferença significativa entre obesos com e sem TCAP com controles de peso normal

Na avaliação da gravidade da compulsão alimentar, a média obtida pelos obesos sem TCAP foi de 12,3 (7), enquanto os obesos com TCAP obtiveram a média de 29,1 (7,2) e os controles de peso normal, 5,7 (5,7). As diferenças foram significativas entre os três grupos (p-valor <0,01).

Houve correlação negativa entre a ECAP e o IHS, IE e EAA. Essa correlação foi significativa para todos os fatores do IHS, assim como para seu escore total, para o fator tomado de perspectiva do IE e para todos os fatores do EAA e também para o escore total (ver tabela 13). Contudo, as correlações obtidas foram estatisticamente fracas.

Tabela 13– Correlação de Pearson entre a ECAP e IHS, IE e EAA

IHS	r (p-valor)	IE	r (p-valor)	EAA	r (p-valor)
Total	-0,40 (0,00)**				
F1	-0,37 (0,00)**	TP	-0,32 (0,00)**	Total	-0,5 (0,00)**
F2	-0,31 (0,00)**	F1	-0,19 (0,07)	Prox	-0,43 (0,00)**
F3	-0,19 (0,07)**	Alt	0 (0,96)	Conf	-0,33 (0,00)**
F4	-0,35 (0,00)**	SA	-0,03 (0,74)	Ansi	-0,52 (0,00)**
F5	-0,32 (0,00)**				

* *p* valor <0,05. ***p*-valor <0,01

8 - Discussão

Os resultados obtidos nesse estudo apontam para o fato de que pessoas com TA apresentam menores níveis de habilidades sociais e menores níveis de apego seguro, quando comparados a controles normais. Além disso, foi possível observar que quanto maior a gravidade do TA, menores os níveis de HS e estilos de apego seguro. Dessa forma, os dados aqui obtidos apóiam algumas hipóteses formuladas neste estudo e também corroboram informações obtidas na literatura.

Os indivíduos com AN, apesar de obterem níveis inferiores em habilidades sociais, não se diferenciaram dos controles normais. Porém, em relação aos estilos de apego, houve diferenças significativas, mostrando que esses indivíduos possuem dificuldades na vinculação com outro. Esse resultado encontra apoio na literatura especializada e é de grande relevância para se entender o isolamento social dessas pacientes. O pouco conforto em estabelecer relações de proximidade e intimidade, além da falta de confiança na disponibilidade do outro pode gerar grande ansiedade em situações de interação interpessoal. Essa ansiedade foi associada em alguns estudos a maior restrição alimentar. Segundo O`Keerney (1996), a ênfase no formato corporal, peso e aparência pode ser uma forma de hipervigilância em relação ao julgamento dos outros e da possibilidade de abandono, críticas ou rejeição. Dessa forma, os sintomas da AN serviriam como uma tentativa de regular a previsibilidade da proximidade das pessoas. Por outro lado, tal isolamento prejudica a aprendizagem de HS, que poderia facilitar o relacionamento com os demais. Além disso, esse isolamento também pode contribuir para o aumento da preocupação com comida e peso, uma vez que esses indivíduos não se engajam em atividades alternativas que poderiam desviar o foco de sua atenção.

Em relação às pacientes bulímicas, foi possível observar diferenças significativas no IHS, tanto no escore total, como nos seus cinco fatores. O fator (enfrentamento com risco) é caracterizado por situações de afirmação e defesa de direitos. O fator 2 (auto-afirmação na expressão de afeto positivo) é caracterizado por expressão de afeto positivo e afirmação da auto-estima. O fator 3 (conversação e desenvoltura social) retrata situações de iniciar, manter e encerrar conversações. O fator 4 (auto-exposição a desconhecidos ou a situações novas) inclui a abordagem de pessoas desconhecidas e por último, o fator 5 (autocontrole da agressividade a situações aversivas), que exige do interlocutor o controle da raiva e da agressividade. Tais situações caracterizam um comportamento assertivo.

Como já foi discutido anteriormente, a falta de assertividade nas bulímicas pode se caracterizar como passividade frente às demandas da família e sociedade ou como agressão autodirigida (Behar & cols. 2006; Willians, e cols., 1990; 1993). De qualquer forma, os estudos apontam para uma relação entre relacionamentos interpessoais negativos e compulsão alimentar. Vários autores discutem essa relação, mostrando que talvez os problemas interpessoais possam contribuir para o isolamento social, uma vez que tais relações não são satisfatórias e geram grande angústia (Striegel-Moore & cols. 1993).

A capacidade de tomar a perspectiva do outro também se encontrou prejudicada nessas pacientes. Entretanto, em relação aos outros componentes da empatia, elas se aproximam dos controles normais. Como já foi apontado anteriormente, para a manifestação da empatia é necessária a presença dos três componentes (cognitivo, afetivo e comportamental). Talvez a tomada de perspectiva dessas pacientes seja prejudicada pela preocupação em serem aceitas, facilitando a tendência de perceber o outro como rejeitador e crítico de seu formato corporal, o que contribui para a

ocorrência de comportamentos socialmente inadequados e a avaliação de seus relacionamentos pessoais como negativos. A literatura tem sugerido haver uma tendência, característica de indivíduos ansiosos, ao autofoco, impossibilitando a atenção dirigida à perspectiva e sentimentos dos outros. Uma vez que as pacientes com transtornos alimentares estão constantemente preocupadas com a rejeição dos outros e com o impacto que sua aparência pode causar, estas provavelmente tenderão a prestar pouca atenção às necessidades daqueles com quem interagem, prejudicando a capacidade de compreender o outro de forma acurada. Em estudo realizado por Davis e Oathout (1992), foi encontrado que níveis elevados de ansiedade heterossexual constituem uma reação afetiva auto-orientada que interfere com uma resposta empática orientada para o outro. Assim, a disposição para a empatia pode se tornar enfraquecida em indivíduos com ansiedade heterossexual elevada, prejudicando a satisfação na relação romântica.

Uma revisão de estudos feita por Rorty, Yager, Buckwalter & Rossoto (1998) mostra que um aumento no funcionamento social estaria associado à melhora do comportamento bulímico. Esses autores sugerem que além da vergonha pelos sintomas bulímicos, as deficiências em habilidades sociais estariam comprometendo a capacidade de construir e manter redes de apoio, especialmente a nível emocional. Além disso, eles indicam que o relacionamento interpessoal com os familiares é potencialmente pior em comparação ao relacionamento com amigos.

Essas considerações podem ser corroboradas pelos resultados encontrados no EAA que apontam para essa dificuldade na vinculação com o outro, mostrando que essas pacientes possuem maiores níveis de apego inseguro quando comparadas a controles normais.

Resultados semelhantes foram encontrados no grupo de pacientes com TCAP. Em relação à assertividade, os obesos com TCAP obtiveram pontuação inferior no IHS, mais especificamente no fator 1, enfrentamento e auto-afirmação com risco, no fator 4, auto-exposição a desconhecidos e situações novas e no fator 5, autocontrole da agressividade em comparação ao grupo controle de peso normal.

Na avaliação da empatia, o fator tomada de perspectiva também obteve níveis inferiores quando comparado aos controles de peso normal. Segundo Preston e Waal (2002), alguns componentes da empatia como o altruísmo, sensibilidade afetiva e contágio emocional são mais primários, ou seja, vem muito mais cedo e dependem menos da aprendizagem, enquanto a tomada de perspectiva é uma capacidade que se desenvolve mais tarde, uma vez que depende da experiência e amadurecimento do córtex pré-frontal. A interação com o outro se torna fundamental para que essa aprendizagem ocorra, e como já foi discutido anteriormente, as relações familiares, primeiro grupo no qual o indivíduo está inserido, não promovem esse desenvolvimento cognitivo e emocional, e como consequência, pode prejudicar essa aprendizagem da tomada de perspectiva.

Na avaliação do estilo de apego, eles também apresentaram níveis mais baixos de apego seguro quando comparados ao grupo controle. A desconfiança e ansiedade geradas nos relacionamentos interpessoais podem estar contribuindo para a ocorrência dos episódios de compulsão alimentar.

Na comparação entre obesos com e sem TCAP, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de habilidades sociais. Dessa forma, a hipótese de que os obesos com TCAP apresentariam maiores deficiências em habilidades sociais não pode ser confirmada. Entretanto, tal fato pode estar relacionado ao número reduzido de pacientes.

O mesmo acontece na avaliação dos estilos de apego. O único fator que houve diferenciação marginal entre o grupo de obesos foi o de ansiedade, indicando maiores níveis de ansiedade e medo de ser abandonado no grupo com TCAP. Esta ansiedade pode favorecer a ocorrência de episódios de compulsão alimentar, como uma estratégia mal adaptativa de lidar com esses afetos negativos (Tasca & cols., 2006).

Outro dado importante é a correlação negativa entre as escalas de gravidade dos TA e os níveis de apego seguro e habilidades sociais, mostrando que quanto maior a gravidade do TA, menor o nível de apego seguro e HS.

Nas pacientes anoréxicas essa correlação foi significativa, embora fraca, com todos os fatores da escala de apego e com o fator tomada de perspectiva, altruísmo e sensibilidade afetiva do IE. Alguns estudos sugerem que a tomada de perspectiva, componente cognitivo da empatia, é importante para resolução de conflitos e que tal capacidade é diretamente associada a níveis de apego seguro (Corcoran & Mallinckodt, 2000). Por outro lado, o altruísmo e a sensibilidade afetiva, componentes afetivos da empatia, exigem a capacidade de pelo menos identificar sentimentos. Essa capacidade encontra-se, de maneira geral, prejudicada em pacientes com anorexia, que frequentemente apresentam características alexitímicas (Guttman & Laporte, 2002). Portanto, parece que as dificuldades no relacionamento com os outros podem estar contribuindo para a um aumento da gravidade da AN.

Em relação às bulímicas, foi possível observar que além dos estilos de apego seguro, as habilidades assertivas também se correlacionam negativamente com a gravidade do TA. Esse resultado corrobora dados da literatura que avaliaram a assertividade na BN e sugere que as relações interpessoais negativas podem resultar em compulsão alimentar, seguidas de comportamentos purgativos, como uma estratégia para lidar com as emoções negativas eliciadas. O fator tomada de perspectiva do IE, que

também se correlacionou de forma negativa com a gravidade do TA, teria um importante papel na mediação dos conflitos pessoais conforme já foi mencionado acima.

O mesmo resultado foi encontrado nos pacientes com TCAP. Assim como nos pacientes bulímicos, os problemas interpessoais geram afetos negativos que estariam associados com o episódio de compulsão alimentar. Aqui também, o fator tomada de perspectiva encontrou-se relacionado à gravidade da compulsão.

Na revisão da literatura foi possível observar que deficiências em habilidades sociais estão relacionadas aos transtornos alimentares. Também foram encontradas relações entre estilos de apego inseguro e transtornos alimentares. Estudos recentes têm mostrado que estilos de apego estão intrincados no desenvolvimento das habilidades sociais e vice e versa. Além disso, há evidências de que essas variáveis podem favorecer a ocorrência de problemas interpessoais e até mesmo transtornos psicológicos (Britton & Fuendeling, 2005).

Os dados encontrados neste estudo ressaltam a importância de se desenvolver um repertório adequado de habilidades sociais em pacientes com transtornos alimentares como uma forma de promover a formação de vínculos saudáveis com outras pessoas. Em função da disfunção familiar característica dessas pacientes, a formação de estilos de apego seguro encontra-se prejudicada. Tal fato influencia o comportamento desse indivíduo levando a essas pessoas estabelecer relações interpessoais disfuncionais, seja porque não confiam e se afastam do outro ou porque tem medo de serem abandonadas e como consequência podem “sufocar” ou simplesmente nem se aproximar de outras pessoas.

É importante trabalhar com essas pacientes a idéia de que em situações sociais aflitivas ou conflituosas, a capacidade de solução de problemas, assertividade e empatia podem ser mais eficazes para resolver conflitos do que se engajar em comportamentos

alimentares inadequados. Também mostrar que as dificuldades encontradas nos relacionamentos sociais se devem em grande parte a falta de habilidades sociais e não estão relacionadas à aparência e nem peso corporal.

Por outro lado, a melhora dos relacionamentos interpessoais pode colaborar com o aumento da rede de apoio social. Tal apoio pode ser importante na adesão ao tratamento, assim como na melhora dos sintomas e manutenção dessa melhora.

Por fim, é bom ressaltar algumas limitações desse estudo. Em primeiro lugar, em função do número reduzido de pacientes com os diferentes diagnósticos de TA, devemos ter cuidado na generalização dos resultados. Outro ponto importante se deve a utilização de instrumentos de auto-informe, que podem não avaliar de maneira eficaz as variáveis estudadas. Dessa forma, a realização de outros estudos, avaliando uma amostra maior e os participantes através de observações do desempenho em situações sociais específicas se torna necessário.

9 - Referências Bibliográficas

Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (2008) *Como se tornar mais confiante e assertivo*. Rio de Janeiro: Sextante.

American Psychiatric Association. – APA. (2006) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd. ed. Disponível em: <http://www.psych.org>.

American Psychiatric Association – APA (2000) Diagnostic and statistical manual of mental health disorders, 4th ed, Washington DC.

Argyle, M. (1981) *Social skills and health*. New York: Methuen & Co.

Ávila, B.; Nunes, M.A. (2006) Risco e prevenção dos transtornos alimentares. Em: M.A Nunes; J.C. Appolinário; A.N. Galvão; W. Coutinho. (Orgs.) *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 95-104) Porto Alegre: Artmed.

Azevedo, A. M. C. & Abuchaim, A. L. G. (1998). Bulimia nervosa: Classificação diagnóstica e quadro clínico. Em Nunes, M. A. A. (Org). *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 31-39). Porto Alegre: Artmed

Bardone, A.; Perez, M.; Abramson, L; Joiner, T. (2003) Self-competence and self-linked in the prediction of change in bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 361-369.

Beck, J. (1997) *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed

Behar, R.A.; Manzo, R.G. & Casanova, D. Z. (2006) Transtornos de la conducta alimentaria y assetividad. *Revista Médica do Chile*, 134, pp. 312-319.

Beumont, P. J. V. (1995) The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Em: Brownell, K.D. & Fairburn, C. G. (Orgs..) *Eating Disorders and Obesity* (pp. 151-158), New York: Guilford Press.

Bowlby, J. (2001) *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1989) *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bowlby, J. (1984) *Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, vol. 1.

Brazelton, T.B. & Greenspan, S.I. (2002) *As necessidades essenciais das crianças*. Porto Alegre: Artmed.

Bretherton, I. (2008) Em busca de um modelo interno de funcionamento e sua relevância para os relacionamentos de apego. Em: Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Watters, E. *Apego. Da infância à idade adulta: os principais estudos longitudinais* (pp.13-46). São Paulo: Roca

Britton, P. & Fuendeling, J.M. (2005). The relations among varieties of adult attachment and the components of empathy. *The journal of social psychology*, 145 (5), pp. 519-530.

Bulik, C.; Reba, L.; Siega-riz, M.A. & Reichborn-Kjennerud, T. (2005) Anorexia Nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S2-S9.

Caballo, V.E. (2006) *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Ed. Santos.

Caballo, V.E.; Iurria, M.J. (2004) Treinamento em habilidades sociais Em: P. Knapp (Org) *Terapia Cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. (pp.454-482) Porto Alegre: Artmed.

Caballo, V. E. (1998) El entrenamiento de las habilidades sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos. Em: F. Gil & J. M. Leon (1998) *Habilidades sociales: teoría, investigación y intervención*. Madrid: Síntesis.

Chassler, L. (1997) Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an Attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 25,(4), 407-423.

Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult Attachment Style, Working Models and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.

Corcoran, K. & Mallinckrodt, B. (2000) Adult attachment, self-efficacy, perspective taking and conflict resolution. *Journal of Counseling and Development*, 78 (4), 473-483.

Cordás, T. & Hochgraf, P.B. (1993) O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42 (1), 141-144.

Crowther, J.; Kichler, J. C.; Sherwood, N. E.; & Kuhnert, M. E. (2002). The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating disorders* , 10 (1), pp. 141-151.

Dalbem, J. X. & Dell’Aglío, D.D. (2005) Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57, (1), 12-24.

Dalzell, H. J. (2000) Whispers: the role of family secrets in eating disorders. *Eating disorders*, 8, pp. 43-61.

Dammann, G. (2003) Borderline personality and Theory of mind: an evolutionary perspective. Em: M. Brüne; H. Ribbert & W. Schiefenhövel *Social Brain. Evolution and pathology*. (pp. 373-418). England: Wiley.

Davis, M.H. & Oathout, H.A. (1992). The effect of dispositional empathy on romantic relationship behaviors: heterosocial anxiety as a moderating influence. *Personality and Social Psychology*, 18, (1), 76-83.

De Berardis, D.; Carano, A.; Gambi, F.; Campanella, D. Giannetti, P.; Ceci, A.; Mancini, E.; La Rovere, R.; Cicconetti, A.; Penna, L.; Di Matteo, D.; Barbara Scorrano, B.; Cotellessa, C.; Salerno, R. M.; Serroni, N.; Ferro, F. M. (2007) Alexithymia and its relationship with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, 8, 296-304.

Decety, J. & Jackson, (2004) P. The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100.

Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2002) Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em: H.J. Guilhardi; M.B.B.P. Madi; P.P. Queiroz e M.C. Scoz (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*. (pp.377-386) Santo André: ESETEC.

Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. & Barreto, M. C. M. (1998). Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14 (3), 219-228.

Devlin, M.J.; Goldfein, J.A. & Dobrow, I. (2003) What is this thing called BED? Current status of Binge Eating Disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S2-S18.

Di Tomazzo, E.; Brannen-McNulty, C.; Ross, L. & Burgess, M. (2003) Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and individual differences*, 35, 303-312.

Duchesne, M. (2006a) *Terapia Cognitivo-comportamental em grupo para pacientes obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Duchesne, M. (2006b) Psicoterapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. Em: Nunes, M.A.; Appolinario, J.C; Galvão, A.N.; Coutinho, W. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 183-194) Porto Alegre: Artmed.

Eggert, J.; Levendosky, A. & Klump, K. (2007) Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2), 149-155.

Eisenberg, N. & Strayer, J. (1992). Prefácio. Em: N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.). *La empatia y su desarrollo* (pp. 9-10). Bilbao: Desclée de Brouwer

Fairburn, C.G.; Cooper, Z.; Shafran, R. & Wilson, T. (2009) Transtornos da Alimentação: um protocolo transdiagnóstico. Em: D. H. Barlow (Org.) *Manual Clínico dos transtornos psicológicos* (pp.577- 614). Porto Alegre: Artmed.

Fairburn, C.G.; Cooper, Z.; Doll, H.; Norman, P. & O'Connor, M. (2000) The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*. 57, 659-665

Fairburn, C.G; Cooper, P.J. (1997) Distúrbios Alimentares. Em: K. Hawton.; P. M. Salkovskis; J. Kirk.; D. M. Clark (Orgs). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático* (pp. 391-443). São Paulo: Martins Fontes.

Falcone, E. M. O.; Ferreira, M. C.; Curty, R. M.L.; Fernandes, C.S.; Faria, C.A.; D'Augustin, J.F & cols. (2008) Inventário de Empatia (I.E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Revista Avaliação psicológica*, 7(3),321-334

Falcone, E.O. (2002) Contribuições para o treinamento em habilidades de interação. Em: H.J.Guilhardi; M.B.B.P.Madi; P.P. Queiroz e M.C. Scoz (Orgs.). *Sobre*

comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento. Santo André: ESETEC.

Falcone, E.M.O. (2001). Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. Em H.J. Guilhardi; M.B.B.P. Madi; P.P. Queiroz; M.C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp.195-209). Santo André: ESETEC

Falcone, E. (2000) Habilidades sociais: Para além da assertividade. Em R.C.Wielenska (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos.* São Paulo: ESETEC.

Falcone, E.O. (1998). *A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. Tese de Doutorado.* Universidade de São Paulo, São Paulo.

Falcone, E. O. (1995). Grupos. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva. Pesquisa, prática, aplicações e problemas.* (pp. 159-169). Campinas: Editorial Psy.

Feeney, B. C.; Cassidy, J. & Ramos-Marcuse, F. (2008) The generalization of attachment representations to new social situations: predicting behavior during initial interactions with strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (6), 1481-1498.

Fernandes, C. (2008) As relações entre as habilidades sociais e a depressão. Monografia de conclusão de curso. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Fischer, R. (2002) *Transtornos alimentares e habilidades sociais.* Monografia de conclusão de curso. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Fonagy, P. & Target, M. (1997) Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9, 679-700.

Fonagy, P.; Leigh, T.; Steele, M.; Steele, H.; Kennedy, R.; Mattoon, G. & cols. (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64 (1), 22-31.

Freitas, S. (2006) Curso e prognóstico dos transtornos alimentares. Em: Nunes, M.A.; Appolinario, J.C; Galvão, A.N.; Coutinho, W. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 105-115) Porto Alegre: Artmed.

Freitas, S.; Lopes, C.; Coutinho, W. & Appolinario, J.C. (2001) Tradução e validação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 215-220.

Galvão, A. L.; Pinheiro, A. P.; Somenzi, L. (2006) Etiologia dos transtornos alimentares. Em: Nunes, M.A.; Appolinario, J.C; Galvão, A.N.; Coutinho, W. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 59-72) Porto Alegre: Artmed.

Garner, D.M. & Bemis, K.M. (1985) Cognitive therapy for anorexia nervosa. Em: Garner, D.M; Garfinkel, P.E. (Orgs) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp.107-146) New York: Guilford Press.

Gil, F. & Leon, J. M. (1998) *Habilidades sociales: teoria, investigación y intervención*. Madrid: Síntesis.

Goleman, D. (1995) *Inteligencia emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Golse, B. (1998) *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas

Grissett, N.I. & Nancy, N.K. (1992) Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, (2), 293-299.

Grossmann, K., Grossmann, K. E. & Kindler, H. (2008) Cuidado precoce, raízes de apego e representações de parceria. Em: Grossmann, K. E., Grossmann, K. &

Watters, E. *Apego. Da infância à idade adulta: os principais estudos longitudinais* (pp.95-131). São Paulo: Roca

Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983) Eating Disorders. Em: Guidano, V.F.; Liotti, G. *Cognitive process and emocional disorders*. (pp. 276-305) New York: Guilford Press.

Gutman, H.A. & Laporte, L. (2000) Empathy in families with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *Family Process*, 39 (3), 345-358.

Harrison, K. & Cantor, J. (1997) The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communications* 47(1), 40-67.

Herzog, D.B.; Nussbaum, K. M. & Marmor, A. K. (1996) Comorbidity and outcome in eating disorders. *The psychiatric clinics of North America*, 19 (4), 843-859.

Hidalgo, C.G; & Abarca, M. (2000) *Comunicacion interpersonal: Programa de entrenamiento em habilidades sociales*. 5ª Ed. Santiago: Ediciones Universidad Catolica de Chile.

Hinrichensen, H.; Wright, F.; Waller, G. & Meyer, C. (2003) Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 4, 117-126.

Holt, M. & Espelage, D. (2002). Problem-solving skills among female college students with and without] sub-clinical eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, 80, 346-354.

Hsu, L.K.G. (1996) Epidemiology of the eating disorders. *The psychiatric clinics of North America*, 19 (4), 681-700.

Kelly, J. A. (2000) *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Bronwer.

Kiang, L. & Harter, S. (2006) Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 7 (2), 134-151.

Kluck, A.S. (2008) Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating behaviors*, 9 (4), 471-483.

Lamm, C.; Batson, C.D. & Decety, J. (2007) The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-taking and Cognitive Appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience* 19(1), 42–58.

Lange, A.J. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press.

Lega, L. I.; Caballo, V. E. & Ellis, A. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Magalhães, V. C. & Mendonça, G.A.S. (2005) Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, (3), 236-245.

Mari, J. J. & Willians, P. (1986) A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. The British Journal of Psychiatry 148: 23-26

Markey, C.N. (2004). Culture and the Development of Eating Disorders: A Tripartite Model. *Eating Disorders*, 12, 139-156.

Martins, V. (2005) *Seja assertivo!* Rio de Janeiro: Campus.

Mattos, M.G. (1997) *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Codex Edições FHM.

Meno, C.A.; Hannum, J.; Espelage, D. & Low, K.S.D. Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Disorders*, 8, 91-101.

Milinkuncer, M.; Shaver, P.R.; Gillath, O. & Nitzberg, R. A. (2005) Attachment, caregiving and altruism: boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, (5), 817-839.

Nunes, M.A. (2006) Epidemiologia dos transtornos alimentares. Em M.A Nunes; J.C. Appolinário; A.N. Galvão; W. Coutinho (Orgs.) *Transtornos alimentares e obesidade* (pp.51-71) Porto Alegre: Artmed.

Nunes, M. A.; Camey, S.; Olinto, M.T.A. & Mari, J.J. (2005) The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38, 1655-1662

Nunes, M. A.; Olinto, M.T.A.; Barros, F.C. & Camey, S. (2001) Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1),21-27.

Plutchik, R. (1992) Bases evolucionistas de la empatía. Em: N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.) *La empatia y su desarrollo*. (pp.49-57) Bilbao: Desclée de Brouwer.

Preston S. & Waal F. (2002) Empathy: Its Ultimate and Proximate bases *Behavioral and Brain Sciences*,25, 1-72.

Quintana, A.B.M. & Assumpção, C.R.L. (2006) Diagnostico e manejo das condições clínicas associadas aos transtornos alimentares. Em: M.A Nunes; J.C. Appolinário; A.N. Galvão; W. Coutinho (Orgs.) *Transtornos alimentares e obesidade* (pp.195-208) Porto Alegre: Artmed.

Rorty, M.; Yager, J.; Buckwalter, J. G. & Rossoto, E. (1999) Social support, social adjustment and recovery in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 1-12.

Safran, J. (2002) *Ampliando os limites da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.

Salvo, C. G.; Ireno, E.; Donadone, J.; Arantes, M. & Amelio, A. (2005) *Estilos de apego e habilidades sociais: alguma relações*. Em: Anais da XXXV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Curitiba, PR.

Sampaio, L.; Camino, C. P. S. & Roazzi, A. (2009) Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (2), 212-227

Sarraceni, R. & Russel-Mayhem, S. (2007) Cultural expectations of thinness in women: a partial replication and update of a magazine content. *Eat and Weight Disorders*, 12, e68-e74.

Seidl de Moura, Oliva, Vieira, Brito, Cabral dos Santos, Bussab, & Otta (2006) Tradução e adaptação para o português da escala de apego adulto de Collins & Read. Em: Anais da XXXVI Reunião Anual de Psicologia, Salvador, BA.

Sharpe, T.; Killen, J.; Bryson, S.; Shisslak, C.; Este, L.; Gray, N.; Crago, M. & Taylor, B. (1998) Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating disorders*, 23, 39-44.

Shiina, A.; Nakazato, M.; Mtsumori, M.; Koizumi, H; Shimizu, E.; Fujizaki, M.; Iyo, M. (2005). An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 59, 690-696.

Smaira, S. I.; Kerr-Corrêa, F. & Contel, J O. (2003). Transtornos psiquiátricos e

solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral: um estudo de caso-controle. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 200 (25), p. 18-25.

Sobal, J. (1995) Social influences on body weight. Em: K.D., Brownell & C.G., Fairburn (Orgs.) *Eating Disorders and Obesity* (pp. 73-77), New York: Guilford Press.

Strayer, J. (1992). Perspectivas afectivas y cognitivas sobre la empatía. Em: N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.) *La empatia y su desarrollo* (pp. 241-270). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Striegel-Moore, R. H & Franko, J. (2008) Should Binge Eating Disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *The annual review of clinical psychology*, 4, 305-324.

Striegel-Moore, R. H.; Silbertstein, L. R. & Rodin, J. (1993) The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness, social anxiety and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 297-303.

Takahashi, M. & Kosaka, K. (2003) Efficacy of open-system social skills training in inpatients with mood, neurotic and eating disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57 (3), 295-302.

Tasca, G.; Kowal, J.; Balfour, L.; Ritchie, K.; Virley, B.; Bissada, H. (2006) An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors* 7, 252–257.

Ward, A.; Ramsay, R.; Turnbull, S.; Benedettini, M.; Treasure, J. (2000) Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *International Journal of Eating disorders*, 28, 370-376.

Willians, G.J.; Chamova, A.S.; Millar, H.R. (1990) Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 3, 327-335.

Willians , G.J.; Power, K.G; Millar, H.R.; Freeman, C.P.; Yellowlees, A.; Dowds, T. & cols. (1993) Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 1, 27-32.

Winfley, D.E. & Rodin, J. (1995) Cultural influences on eating disorders. Em: Brownell, K.D. & Fairburn, C. G. (Orgs.) *Eating Disorders and Obesity* (pp. 78-82), New York: Guilford Press.

Winfley, D.; Wilson, G.T. & Agras, S. (2003) The clinical significance of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S96-S106.

Wispé, L. (1992). Historia del concepto de empatía. Em: N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.). *La empatia y su desarrollo* (pp. 27-48). Bilbao: Desclée de Brouwer

Wisotsky, W.; Dancyger, I.; Fornari, V.; Katz, J.; Wisotsky, W.L. & Swencionis, C. (2003) The Relationship Between Eating Pathology and Perceived Family Functioning in Eating Disorder Patients in a Day Treatment Program. *Eating Disorders*, 11, (2), 89-99.

Wolf, N. (1992) *O mito da beleza*. Rio de Janeiro: Rocco

Woolrich, R. A. ; Cooper, M. J. & Turner, H. M. (2006) Preliminary study of negative self-beliefs in anorexia nervosa: a detailed exploration of their content, origins and functional links to “not eating enough” and other characteristic behaviors. *Cognitive Therapy and Research* , 30(6), 735-748.

Woodside, D.B.; [Bulik, C.M.](#); [Halmi, K.A.](#); [Fichter, M.M.](#); [Kaplan, A.](#); [Berrettini, W.H.](#) & cols. (2002) Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 290-299.

Van Strien, T. & Ouwens, M. (2007) Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*, 8, 251-257.

ANEXO 1- TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES

Autores: GARNER DM, OLMSTED MP, BOHER Y & GARFINKEL PE (1982)

Tradutores: NUNES MA et al.(1994)

Por favor, responda às seguintes questões segundo a legenda:

S = Sempre; MF = Muito frequentemente; F = Frequentemente;

AV= Às vezes; R = Raramente; N = Nunca

- | S | MF | F | AV | R | N | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Costumo fazer dieta. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Como alimentos dietéticos. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. Sinto-me mal após comer doces. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Evito alimentos que contenham açúcar. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Evito particularmente alimentos com alto teor de
carboidratos (pão, batata, arroz, etc.). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Gosto de estar com o estômago vazio. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. Quando faço exercício penso em queimar calorias. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu
corpo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. Tenho vontade de vomitar após as refeições. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. Vomito depois de comer. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16. Já passei por situações em que comi demais achando |

que não ia conseguir parar.

- 17. Passo muito tempo pensando em comida.
- 18. Me acho uma pessoa preocupada com a comida
- 19. Sinto que a comida controla a minha vida.
- 20. Corto minha comida em pedaços pequenos.
- 21. Levo mais tempo que os outros para comer.
- 22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.
- 23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais
- 24. Sinto que os outros me pressionam a comer.
- 25. Evito comer quando estou com fome.
- 26. Demonstro autocontrole em relação à comida.

1. Você já jejuou por um dia inteiro?
 sim não
- *6. Se sim, qual a frequência?
 dias alternados de vez em quando
 2 a 3 vezes por semana somente 1 vez 1 vez por semana

- *7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?

	nunca	de x em quando	1 x/sem.	2 a 3 x/sem.	diariamente	2 a 3 x/dia	5 ou + x/dia
tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7
tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
tomar laxantes	0	2	3	4	5	6	7
vômitos	0	2	3	4	5	6	7

8. O seu padrão de alimentação prejudica gravemente a sua vida?
 sim não
9. Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida?
 sim não
10. Você come sem parar até ser obrigado(a) a parar por sentir-se mal fisicamente?
 sim não
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?
 sim não
12. Você come moderadamente na frente dos outros e depois exagera em particular?
 sim não
1. Você sempre pode parar de comer quando quer?
 sim não
2. Você já sentiu um desejo incontrolável para comer e comer sem parar?
 sim não
3. Quando você sente-se ansioso(a), você tende a comer muito?
 sim não
4. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?
 sim não
5. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não em uma refeição)?
 sim não
6. Você envergonha-se de seus hábitos alimentares?
 sim não
7. Você preocupa-se com o fato de não Ter controle sobre o quanto você come?
 sim não
8. Você volta-se para a comida para aliviar algum tipo de desconforto?
 sim não
9. Você é capaz de deixar comida no prato no final de uma refeição?
 sim não
10. Você engana os outros sobre o quanto come?
 sim não
11. O quanto você come é determinado pela fome que você sente?
 sim não
12. Você já teve episódios exagerados de alimentação?
 sim não
13. Se sim, estes episódios deixaram você sentindo-se mal?
 sim não
14. Se você tem esses episódios, eles ocorreram só quando você estava sozinho?
 sim não
- *27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?
 quase nunca 1 vez por mês
 1 vez por semana 2 a 3 vezes/semana

diariamente

2 a 3 vezes/dia

28. Você iria até as últimas conseqüências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?

sim

não

29. Se você come demais, você sente-se muito culpado?

sim

não

30. Você já comeu escondido?

sim

não

31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais?

sim

não

32. Você considera-se alguém que come compulsivamente?

sim

não

33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana?

sim

não

Anexo 3 - Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Autores: GORMALLY, J; BLACK, S; DASTON, S & RARDIN, D. (1982)

Tradutores: APPOLINÁRIO, J.C. ; FREITAS, S. R. & COUTINHO, W. (2000)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

- 1. Eu não me sinto constrangido (a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado (a) sobre como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
- 4. Eu me sinto muito constrangido (a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo (a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado (a) por comer demais.
- 3. Às vezes tendo a comer rapidamente , sentindo-me então desconfortavelmente cheio (a) depois.
- 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado (a) por ter comido demais.

3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar, mais do que a média das pessoas.
- 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado (a).
- 2. Às vezes eu como quando estou chateado (a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado (a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado (a). Nada parece me ajudar a parar com este hábito.

5

1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “ fome na boca “, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.

7

1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo (a): “ Agora que estraguei tudo, porque não ir até o fim.” . Quando isto acontece, eu como ainda mais.
4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo (a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “ uma festa” ou “ um morrer de fome.”

8

1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado (a) depois.
2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado (a).
3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida , seja na hora das refeições, seja nos lanches.
4. Eu como tanta comida que, realmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado (a).

9

- 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome.”

10

- 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em certas ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio (a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio (a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado (a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tinha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado (a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho (a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido (a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado (a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado (a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

13

- 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

14

- 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas em que passo acordado (a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

15

- 1. Eu não penso muito sobre comida.
- 2. Eu tenho fortes desejos por comida mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- 4. Na maioria dos dias meus pensamentos parecem estar “pré – ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

16

- 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nestas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- 3. Mesmo que eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não tenho idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Anexo 4 - Inventário de Empatia (IE)
(Falcone, E. M. O.; Ferreira, M.C.; Faria, C.A.; Luz, R. C. M. 2004)

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Sexo: M () F ()

Abaixo você encontrará uma série de afirmações que descrevem reações em diversas situações sociais. Por favor, leia cada uma delas e responda com que frequência essas afirmações se aplicariam a você, marcando o número de acordo com a escala abaixo. Caso nunca tenha passado por alguma dessas situações, tente imaginar como você reagiria ao enfrentá-la. **Responda a todas as perguntas.**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Regularmente	Quase sempre	Sempre

1. Quando faço um pedido, procuro me certificar de que este não irá trazer incômodo à outra pessoa.

1 2 3 4 5
2. Eu adiaria a decisão de terminar um relacionamento se percebesse que o meu par está com problemas.

1 2 3 4 5
3. Se estiver com pressa e alguém insistir em continuar conversando comigo, encerro imediatamente o assunto dizendo apenas que tenho que ir.

1 2 3 4 5
4. Quando alguém faz algo que me desagrada, demonstro livremente a minha raiva.

1 2 3 4 5
5. Quando alguém está me confidenciando um problema, exponho minha opinião objetivamente, apontando os seus erros e acertos.

1 2 3 4 5
6. Costumo me colocar no lugar da outra pessoa quando estou sendo criticado, para tentar perceber os sentimentos e razões dela.

1 2 3 4 5
7. Ao ter que fazer um pedido a uma pessoa que está ocupada, declaro o meu reconhecimento do quanto ela está atarefada, antes de fazer o pedido.

1 2 3 4 5
8. Quando recebo uma crítica, costumo me defender imediatamente.

1 2 3 4 5
9. Quando percebo que minha opinião contrasta com a do meu interlocutor, procuro me expor de forma mais incisiva.

1 2 3 4 5
10. Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude.

1 2 3 4 5
11. Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica.

1 2 3 4 5
12. Antes de apontar um comportamento que me incomoda em alguém, procuro demonstrar que considero seus sentimentos e que compreendo suas razões.

1 2 3 4 5
13. Ao fazer um pedido incompatível com os interesses de outra pessoa, procuro ser persuasivo até conseguir o que desejo.

1 2 3 4 5
14. Ao acabar de ouvir um amigo que está com problemas, evito comentar sobre minhas conquistas.

1 2 3 4 5
15. Eu abriria mão de fazer um pedido importante se este causasse incômodo considerável à outra pessoa.

1 2 3 4 5
16. Quando pretendo terminar uma relação, procuro por em prática a minha decisão em vez de ficar pensando muito a respeito.

1 2 3 4 5

17. Quando recebo uma crítica, esforço-me para identificar as razões que levaram a outra pessoa a me criticar. 1 2 3 4 5
18. Quando discordo do meu interlocutor, procuro ouvi-lo e, em seguida, demonstro compreender o seu ponto de vista antes de expressar o meu. 1 2 3 4 5
19. Quando alguém expõe uma opinião contrária à minha, sinto-me incomodado e procuro logo demonstrar o meu ponto de vista. 1 2 3 4 5
20. Se alguém me deve algo, cobro-lhe a dívida imediatamente, mesmo que ele possa ter motivos que justifiquem o não pagamento. 1 2 3 4 5
21. Antes de expressar a minha opinião sobre algo com que não concordo, eu procuro compreender o lado de todas as pessoas envolvidas. 1 2 3 4 5
22. É melhor terminar logo uma relação com uma pessoa do que ficar adiando, mesmo que naquele dia ele (a) não esteja bem. 1 2 3 4 5
23. Se eu fizer um pedido e receber uma negativa, procuro entender as razões do outro, mesmo me sentindo frustrado(a). 1 2 3 4 5
24. Quando alguém age comigo de maneira hostil, respondo da mesma forma. 1 2 3 4 5
25. Quando recebo uma crítica procuro expressar para a outra pessoa a minha compreensão do que ela disse, para me certificar de que a entendi. 1 2 3 4 5
26. Quando alguém me faz um pedido que não posso ou não quero atender, digo “não” sem rodeios. 1 2 3 4 5
27. Evito revelar meus problemas pessoais quando percebo que a outra pessoa não está bem. 1 2 3 4 5
28. Consigo compreender inteiramente os sentimentos e razões de outra pessoa que se comportou comigo de forma hostil ou prejudicial. 1 2 3 4 5
29. Antes de desabafar meus problemas com um amigo procuro me certificar de que ele está receptivo a me ouvir. 1 2 3 4 5
30. Não consigo ficar calado quando ouço alguém falar um absurdo. 1 2 3 4 5
31. Antes de expressar minhas opiniões em uma conversa procuro compreender as opiniões da outra pessoa, especialmente quando estas são diferentes das minhas. 1 2 3 4 5
32. Eu sou do tipo que não leva desaforo pra casa. 1 2 3 4 5
33. Costumo me colocar no lugar de uma pessoa que está me revelando um problema para ver como me sentiria e o que pensaria se a situação fosse comigo. 1 2 3 4 5
34. Durante uma conversação procuro demonstrar interesse pela outra pessoa, adotando uma postura atenta. 1 2 3 4 5
35. Quando percebo que alguém se comporta de um modo que me incomoda, expresso imediatamente a minha insatisfação para deixar as coisas bem claras. 1 2 3 4 5
36. Antes de encerrar um relacionamento, eu me coloco no lugar da outra pessoa para avaliar como ela irá se sentir. 1 2 3 4 5
37. Ao fazer um pedido conflitante com os interesses de outra pessoa, procuro expressar meu reconhecimento sincero do incômodo que estou lhe causando. 1 2 3 4 5
38. Quando alguém não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida. 1 2 3 4 5
39. Deixo de revelar uma experiência de sucesso se percebo que a outra pessoa está triste ou com problemas. 1 2 3 4 5
40. Se decidir recusar um pedido, vou direto ao ponto. 1 2 3 4 5

Anexo 5- ESCALA DE APEGO ADULTO (E.A.A)

Serão apresentadas agora algumas descrições de estilos de relacionamento, ou seja, como as pessoas se ligam afetivamente, com o que se preocupam, com o que se sentem bem. Pedimos que você avalie o grau de semelhança entre o que você costuma sentir e cada uma das afirmações que serão apresentadas. Dê uma nota para cada afirmação, desde 1 = não tem nada a ver comigo, até 5 = tem tudo a ver comigo.

	Não tem nada a ver comigo 1	Tem um pouco a ver comigo 2	Tem mais ou menos a ver comigo 3	Tem bastante a ver comigo 4	Tem tudo a ver comigo 5
1. Acho relativamente fácil me aproximar das pessoas.					
2. Acho difícil confiar nos outros.					
3. Muitas vezes fico preocupado(a) pensando se meu parceiro amoroso realmente me ama.					
4. Acho que as outras pessoas não querem se aproximar de mim tanto quanto eu gostaria.					
5. Eu me sinto bem confiando nas outras pessoas.					
6. Eu <u>não</u> me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim.					
7. Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas.					
8. Eu me incomodo um pouco com a proximidade afetiva das outras pessoas.					
9. Frequentemente me preocupo com a possibilidade do meu (minha) parceiro (a) amoroso (a) não querer ficar mais comigo.					
10. Quando demonstro meus sentimentos para os outros, tenho medo que eles não sintam o mesmo por mim.					
11. Muitas vezes me pergunto se meus (minhas) parceiros (as) amorosos (as) realmente gostavam de mim.					
12. Eu me sinto bem quando estabeleço relações próximas com outras pessoas.					
13. Eu não gosto quando alguém fica muito ligado afetivamente a mim.					
14. Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas.					
15. Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir.					
16. Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros.					
17. Em geral, meus (minhas) parceiros (as) amorosos (as) querem que eu fique emocionalmente mais próximos (a) deles do que eu gostaria.					
18. Não tenho certeza de poder contar sempre com os outros quando eu precisar deles.					

Anexo 6 - SRQ- 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

01- Tem dores de cabeça freqüentes?		
02- Tem falta de apetite?		
03- Dorme mal?		
04- Assusta-se com facilidade?		
05- Tem tremores de mão?		
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)		
07- Tem má digestão?		
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?		
09- Tem se sentido triste ultimamente?		
10- Tem chorado mais do que de costume?		
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12- Tem dificuldades para tomar decisões?		
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?		
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17- Tem tido idéias de acabar com a vida		
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20- Você se cansa com facilidade?		

Anexo 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pesquisa: *As relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos com transtornos alimentares.*

Orientadora: Eliane Falcone (UERJ)
D'Augustin

Responsável pelo estudo: Juliana

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que avalia as relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos com transtornos alimentares. Alguns estudos sugerem que os estilos de apego inseguro e deficiências em habilidades sociais estariam relacionados ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares.

Ao participar da pesquisa, você estará contribuindo para a elaboração de programas de intervenção clínica que visam desenvolver habilidades sociais, favorecendo a formação de vínculos seguros e de redes de apoio social que são extremamente importantes para esses indivíduos.

Para colaborar com esse estudo, você deverá responder as seguintes medidas de auto-informe: Inventário de Empatia (I.E.), o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), a Escala de Apego Adulto (EAA), e uma escala que avalia os sintomas alimentares.

A participação nessa pesquisa não envolve nenhum tipo de risco, assim como nenhum benefício direto, embora como foi mencionado acima, os resultados desse estudo servirão para elaboração de programas de tratamento mais eficazes para indivíduos com transtornos alimentares. Tais resultados serão devidamente divulgados aos participantes.

Você tem toda a liberdade para não querer participar da pesquisa ou mesmo para mudar de idéia, caso tenha concordado em participar. Se sentir necessidade de solicitar maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a responsável pelo estudo, Juliana D'Augustin, através do telefone: 9831-6649 ou pelo e-mail: julidaugustin@yahoo.com.br.

Caso tenha dificuldade de entrar em contato com o responsável pelo estudo, comunique o fato ao Comitê de Ética e Pesquisa da UERJ, à rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br, telefone: (21) 2569-3490.

Tendo em vista as informações acima apresentada, eu, de forma livre e esclarecida, aceito participar dessa pesquisa.

Assinatura do voluntário

Data ___/___/___.

Assinatura do pesquisador

Data ___/___/___.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)