

Dificuldades na regulação das emoções nas Perturbações do Comportamento Alimentar: Implicações para a prevenção em contexto escolar

Sandra Torres¹

Soraia Abelha¹

Marina Prista Guerra¹

Leonor Lencastre¹

Filipa Vieira¹

António Roma-Torres²

Isabel Brandão²

1 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

2 Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, Porto, Portugal

e-mail: storres@fpce.up.pt

Resumo

Objectivos

Vários autores têm defendido a ligação entre as Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) e as dificuldades na regulação dos afectos, sustentando o estudo da relação existente entre as PCA e a alexitimia. Com o intuito de aprofundar o conhecimento desta relação realizaram-se dois estudos que procuraram, em específico I) analisar comparativamente a presença de alexitimia em sujeitos com anorexia nervosa e em sujeitos saudáveis, e II) comparar os dois tipos de PCA (anorexia nervosa e bulimia nervosa) ao nível da alexitimia.

Métodos

No estudo I participaram dois grupos de sujeitos do sexo feminino: um grupo clínico, composto por 80 doentes com anorexia nervosa (média idade = 19.21; DP = 5.39) e um grupo de controlo composto por 80 sujeitos saudáveis (média idade = 19.20; DP = 4.76). No estudo II considerou-se um grupo de 23 participantes com anorexia nervosa (média idade = 21.6, DP = 6.5) e um grupo de 15 participantes com bulimia nervosa (média idade = 26.6, DP = 7.0), todos do sexo feminino.

Todos os participantes preencheram a versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto- 20 itens.

Resultados

No estudo I verificou-se que as anorécticas apresentavam níveis superiores de alexitimia comparativamente com o grupo de controlo. Por sua vez, a análise comparativa entre os dois tipos de PCA realizada no estudo II revelou que as anorécticas apresentavam um padrão emocional semelhante aos indivíduos com bulimia nervosa.



Conclusões

Globalmente os resultados reforçam a necessidade dos programas de prevenção das PCA, que por excelência se desenvolvem em contexto escolar, privilegiarem a abordagem da área emocional nos seus conteúdos, favorecendo a capacitação para a identificação e expressão de emoções.

Palavras chave: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Alexitimia

Abstract

Objective

Several authors have emphasized the link between Eating Disorders (ED) and the difficulties in emotion regulation, and then have gone on to reinforce the study of the relationship between ED and alexithymia. With the aim of deeply understanding the relationship between these variables, two studies were developed in order to: I) conduct a comparative analysis of the presence of alexithymia in patients with anorexia nervosa and in healthy participants, and II) compare the alexithymia levels in both ED subtypes (anorexia nervosa e bulimia nervosa).

Methods

Two groups of female participants were involved in study I: one composed of 80 patients with anorexia nervosa (mean age = 19.21; SD = 5.39) and one control group of 80 healthy participants (mean age = 19.20; SD = 4.76). Study II consisted of one group of 23 female patients with anorexia nervosa (mean age = 21.6, SD = 6.5) and one group of 15 female patients with bulimia nervosa (mean age = 26.6, SD = 7.0). All participants fulfilled the Portuguese version of Toronto Alexithymia Scale – 20 items.

Results

In study I patients with anorexia nervosa presented higher levels of alexithymia when compared with control group. In study II the comparative analysis between both ED subtypes revealed that patients with anorexia nervosa and patients with bulimia nervosa presented a similar emotional pattern.

Conclusions

Overall, these results reinforced the need to work the emotional area, more specifically the ability to identify and express emotions, in ED prevention programmes developed within schools.

Keywords: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Alexithymia

Introdução

A Anorexia Nervosa (AN) é uma perturbação do comportamento alimentar (PCA) com etiologia multifactorial. Actualmente a comunidade científica considera que existem factores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais envolvidos no seu desenvolvimento, bem como vulnerabilidades individuais a factores de risco específicos. Não obstante o reconhecimento de diferentes variáveis envolvidas na sua génese, têm emergido com consistência posições teóricas que conceptualizam a AN como uma perturbação ao nível da auto-regulação, com especial predomínio dos défices da regulação dos afectos (1). Esta leitura teórica surgiu fortemente sustentada em descrições clínicas que relatavam que as anorécticas vivenciavam as suas emoções de uma forma confusa, manifestavam dificuldade em distingui-las e descrevê-las e, na sequência destas dificuldades, adoptavam uma postura evitante face a diálogos que envolviam a comunicação de sentimentos (2-4). Tendo como base a presença de dificuldades em gerir afectos, o comportamento alimentar perturbado tem sido interpretado como um mecanismo regulador de estados emocionais intensos e negativos, desviando a atenção das emoções negativas para o corpo e a alimentação (5,6).

Reconhecendo a incapacidade para processar e regular as emoções, vários investigadores têm procurado analisar especificamente a relação entre a AN e a alexitimia – um défice cognitivo-afectivo que condiciona o modo como o indivíduo vivência e exprime as suas emoções. A alexitimia apresenta como características centrais (a) a dificuldade em

identificar sentimentos e distingui-los de sensações corporais decorrentes da actividade emocional, (b) a dificuldade em descrever sentimentos aos outros, (c) processos imaginativos limitados (poucos sonhos ou fantasias), e (d) a tendência para o indivíduo se focar em detalhes concretos de acontecimentos externos - estilo cognitivo orientado para o exterior – (7,8).

Estudos que utilizam medidas válidas e fidedignas para avaliar a alexitimia têm demonstrado a elevada prevalência deste défice em doentes com AN (1). O estudo de Bourke, Taylor, Parker e Bagby (9) foi pioneiro nesta área, detectando a presença de alexitimia em 77.1% da amostra de mulheres anorécticas, face a 6.7% no grupo de controlo. Os trabalhos seguintes identificaram, contudo, taxas mais reduzidas: Cochrane, Brewerton, Wilson e Hodges (10) observaram para os dois subtipos de AN taxas na ordem dos 60%; Schmidt, Jiwany e Treasure (11) em torno dos 50%; e no estudo de Dethieux, Hazane, Dounet, Gentil e Raynaud (12) a prevalência foi de 55.5%. A prevalência mais baixa de alexitimia foi registada por Råstam, Gillberg, Gillberg e Johansson (13) numa amostra comunitária de mulheres com AN (23%). Estes autores salientaram que as amostras comunitárias podem assumir diferentes características comparativamente com um o grupo anorécticas que recorre a ajuda profissional.

Diferenciando os dois subtipos de AN torna-se mais difícil definir uma tendência. No estudo de Eizaguirre et al. (14) a prevalência da alexitimia nas anorécticas restritivas (56%) foi inferior à encontrada nas anorécticas bulímicas (68.2%) mas, em oposição, outros estudos não encontram diferenças significativas entre os dois subtipos, sugerindo que a alexitimia é uma característica básica de personalidade nas pessoas com AN em geral (9, 10). De facto, tem-se registado com consistência a saliência das características alexitímicas nos indivíduos com AN quando comparados com grupos de pessoas saudáveis (5, 13-19).

As principais inconsistências neste domínio centram-se, essencialmente, em dois pontos: 1) na análise das diferentes dimensões da alexitimia, e 2) na análise das diferenças entre indivíduos com AN e Bulimia Nervosa (BN).

No que se refere ao primeiro ponto, a presença acentuada da dificuldade em identificar sentimentos (F1 da alexitimia) e a dificuldade em descrever sentimentos aos outros (F2 da alexitimia) tem-se verificado frequentemente em amostras de doentes com AN (14, 17), contudo, o mesmo não se tem verificado em relação à presença do estilo de pensamento orientado para o exterior (F3 da alexitimia), cujos valores nem sempre se têm revelado significativamente superiores em indivíduos com AN quando comparados com um grupo de controlo (16, 17).

A dúvida relativa ao ponto dois prende-se com a questão: serão os indivíduos com AN mais alexitímicos do que os com BN? Contrastando ambas as PCA vários trabalhos sugerem que a alexitimia é mais expressiva na AN (11, 14, 15). No entanto, é de realçar que as diferenças encontradas entre anorécticas e bulímicas nem sempre têm assumido um nível de significância estatística (5, 16, 20).

Em Portugal, e que seja do nosso conhecimento, não existe nenhum estudo que tenha analisado a presença de alexitimia em doentes com PCA. Neste sentido, o presente estudo visou analisar comparativamente a incidência da alexitimia e de cada factor deste constructo em sujeitos com AN e em sujeitos saudáveis (Estudo I). Adicionalmente, e a título exploratório, pretendeu-se clarificar se, numa amostra de doentes portugueses com PCA, os níveis de alexitimia diferiam entre pacientes com AN e BN (Estudo II).

Métodos

Participantes

Estudo I

Neste estudo participaram dois grupos: um composto por doentes com AN (grupo AN) e outro composto por participantes saudáveis, sem AN ou outra PCA (grupo de controlo). O grupo AN foi constituído por 80 participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 34 anos (média idade = 19.21; DP = 5.39). Destes, 52 participantes tinham um diagnóstico de AN tipo Restritivo e as restantes 28 correspondiam a um quadro de AN tipo Ingestão Compulsiva/Purgativa. O Índice de Massa Corporal (IMC = kg/m²) no grupo AN variou entre

12.4 e 17.5 (média IMC = 15.27 kg/m²; DP = 1.49). Os participantes deste grupo foram seleccionados em seis hospitais gerais do Norte ao Sul do país e em duas clínicas privadas, e todos se encontravam em tratamento. Os critérios de inclusão para este grupo foram a presença do diagnóstico de AN segundo os critérios definidos pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th edition (DSM-IV; 21) e um período mínimo de doença de seis meses. O grupo de controlo foi constituído por 80 participantes do sexo feminino com idades entre os 13 e os 34 anos (média idade = 19.20; DP = 4.76). Este grupo apresentava características sócio-demográficas semelhantes ao grupo clínico no que concerne ao sexo, idade, escolaridade e profissão. A grande maioria dos participantes do grupo de controlo foi seleccionada em escolas secundárias e universidades. Apenas participantes sem diagnóstico actual ou prévio de PCA e com peso normal de acordo com a classificação da World Health Organization classification (IMC entre 18.5 e 24.9) foram incluídos no grupo de controlo. O IMC neste grupo variou entre 19.0 e 24.2 (média IMC = 21.08 kg/m²; DP = 1.39). O teste t aplicado para comparar as médias de idades e dos anos de escolaridade nos dois grupos indicou que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre eles: $t(158)=.016$; $p=.988$ e $t(158)=1.78$; $p=.08$, respectivamente.

Estudo II

No estudo II considerou-se um grupo de participantes com AN (grupo AN) e um grupo de participantes com BN (grupo BN). Como critérios de inclusão para o grupo AN foram considerados a idade (14-40 anos), o sexo (feminino) e o diagnóstico de AN segundo os critérios propostos pelo DSM-IV (21). Tendo por base estes critérios, o grupo AN foi constituído por 23 indivíduos do sexo feminino com diagnóstico de AN e com idades compreendidas entre 14 e 40 anos (M=21.6, DP=6.5). No grupo BN foram utilizados critérios de inclusão semelhantes: idade (14-40 anos), o sexo (feminino) e o diagnóstico de BN segundo os critérios propostos pelo DSM-IV (21). Neste sentido, o grupo BN foi constituído por 15 indivíduos do sexo feminino com BN, com idades entre 16 e os 39 anos (M=26.6, DP= 7.0). Os participantes de ambos os grupos foram recrutados no Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João (Porto).

Material

Estudo I

Foi aplicada no grupo AN a “Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV” (IDED-IV; 22) com o objectivo de confirmar o diagnóstico de AN de acordo com os critérios definidos no DSM-IV (21). A versão portuguesa da IDED-IV apresenta propriedades válidas e fidedignas para ser utilizada enquanto medida de diagnóstico da AN (23). Os participantes do grupo de controlo completaram um questionário inicial no qual se despistou a existência de história actual ou anterior de problemas de comportamento alimentar, o IMC e o uso de medicação.

Os participantes de ambos os grupos preencheram a Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; 24). A TAS-20 é um instrumento de auto-registo para a avaliação da alexitimia, composto por 20 itens, em que os participantes são solicitados a registar o seu grau de concordância relativamente a cada um dos itens, numa escala tipo Likert de 5 pontos, que oscilam entre o discordo totalmente e o concordo totalmente (25). Este instrumento resulta de um trabalho continuado por parte dos seus autores, de forma a melhorar as propriedades psicométricas da escala, sendo que a versão mais actual da escala possui uma boa consistência interna, fidelidade teste-reteste num intervalo de 3 semanas, validade convergente, discriminante, bem como validade concorrente (26). A TAS-20 foi adaptada para português por Prazeres, Parker e Taylor (25) e os resultados do estudo apontaram para uma adequada consistência interna e uma excelente precisão teste-reteste com 3 a 6 semanas de intervalo, possuindo uma estrutura factorial comparável (de acordo com a análise factorial confirmatória realizada) à estrutura em 3 factores da versão original da escala: (a) F1, dificuldade em identificar sentimentos; (b) F2, dificuldade em descrever sentimentos aos outros; e (c) F3, estilo de pensamento orientado para o exterior (24, 25). A pontuação de cada factor resulta do somatório dos itens que o compõem. Os pontos de corte propostos pelos autores indicam que scores totais iguais ou superiores a 61 revelam a presença de alexitimia. Os indivíduos que obtenham resultados iguais ou inferiores a 51 são considerados não-alexitímicos e os que apresentem resultados entre 52 e 60 (inclusive) encontram-se na zona fronteira.

Estudo II

O diagnóstico de AN ou BN dos participantes foi estabelecido em conjunto com os psiquiatras que acompanhavam as doentes, mediante os critérios de diagnóstico definidos no DSM-IV (21). Os participantes de ambos os grupos preencheram a versão portuguesa da TAS-20 (25).

Procedimento

Ambos os estudos foram revistos pela Universidade do Porto e foi obtida a aprovação ética nos hospitais e nas escolas. A participação no estudo foi voluntária. Os participantes dos grupos clínicos (AN e BN) dos estudos I e II assinaram, primeiramente, o formulário de consentimento informado, e depois do diagnóstico específico de PCA ter sido confirmado, completaram individualmente a TAS-20 durante o tempo de espera para a consulta médica. No grupo

de controlo do Estudo I o questionário inicial e a TAS-20 foram aplicados colectivamente durante o tempo de uma aula na instituição de ensino. Todos os participantes foram informados quanto aos objectivos do estudo e concordaram em participar.

Em ambos os estudos foram efectuadas análises descritivas e aplicados testes t de diferenças de médias para comparar os níveis de alexitimia entre os grupos definidos.

Tabela 1: Prevalência da alexitimia nos grupos AN e controlo (Estudo I).

	AN N(%)	CONTROLO N(%)
Alexitímicos	50 (62,5%)	10 (12.5%)
Zona Fronteira	18 (22.5%)	18 (22.5%)
Não Alexitímicos	12 (15.0%)	52 (65.0%)
Total	80 (100%)	80 (100%)

Nota. AN = grupo de participantes com anorexia nervosa; Controlo = grupo de controlo.

Tabela 2: Diferença de médias entre os grupos AN e controlo na TAS-20 (total e factores) (Estudo I).

	AN (N = 80) M (DP)	CONTROLO (N = 80) M (DP)	t	p*
TAS-20	63.55 (11.30)	48.63 (12.30)	7.89	.001
TAS-20 (F1)	25.08 (6.16)	17.71 (5.69)	7.85	.001
TAS-20 (F2)	17.59 (4.59)	13.37 (4.59)	5.77	.001
TAS-20 (F3)	20.89 (4.04)	17.76 (5.00)	4.32	.001

Nota. TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale; TAS-20 (F1) = Dificuldade em identificar sentimentos; TAS-20 (F2) = Dificuldade em descrever sentimentos aos outros; TAS-20 (F3) = Estilo de pensamento orientado para o exterior; AN = grupo de participantes com anorexia nervosa; Controlo = grupo de controlo.

* Os valores de p com significância estatística encontram-se a bold.

Resultados

Estudo I

A prevalência da alexitimia foi determinada segundo os pontos de corte testados na amostra portuguesa. A análise de frequências indicou que 62.5% dos participantes do grupo AN e 11.8% dos participantes do grupo de controlo eram alexitímicos (ver tabela 1).

Tabela 3: Prevalência da alexitimia nos grupos AN e BN (Estudo II).

	AN N(%)	BN N(%)
Alexitímicos	15 (65,2%)	11 (73.3%)
Zona Fronteira	3 (13.1%)	3 (20.0%)
Não Alexitímicos	5 (21.7%)	1 (6.7%)
Total	23 (100%)	15 (100%)

Nota. AN = grupo de participantes com anorexia nervosa; BN = grupo de participantes com bulimia nervosa.

Seguidamente foram realizados testes t para amostras independentes para analisar as diferenças de médias entre os grupos AN e controlo relativamente à alexitimia. O grupo AN revelou níveis significativamente mais elevados de alexitimia (total e factores) quando comparado com o grupo de controlo (ver tabela 2).

Estudo II

Neste estudo o grupo BN revelou uma taxa de prevalência de alexitimia de 73.3% face a 65.2% encon-

trada no grupo AN (ver tabela 3), sendo este último um valor próximo do encontrado no Estudo I nesta mesma patologia.

Considerando que o score total da alexitimia e os seus factores apresentaram uma distribuição normal nas duas amostras, aplicou-se o teste t para analisar as diferenças de médias entre os grupos AN e BN no que concerne a estas variáveis. O valor do alpha foi ajustado para .10 para compensar o tamanho reduzido das amostras. Os resultados revelaram que as diferenças não foram estatisticamente significativas, nem ao nível do score total nem ao nível dos três factores da alexitimia, tal como nos indica a tabela 4.

Discussão

Globalmente os resultados sugerem que a prevalência de alexitimia nas amostras de PCA é elevada. No estudo I verificou-se ainda que as anorécticas apresentavam níveis superiores de alexitimia comparativamente com o grupo de controlo. Por sua vez, a análise comparativa entre os tipos de PCA realizada no estudo II revelou que as anorécticas e as bulímicas apresentavam um padrão emocional semelhante.

A tendência para os indivíduos com AN e BN apresentarem um funcionamento alexitímico tem sido descrita em vários estudos, tal como previamente o referimos, e esta associação vem sustentar os modelos teóricos que consideram a patologia alimentar como uma perturbação na regulação dos afectos (1-3, 27-29). Este dado parece ser algo consistente na medida em as pontuações médias obtidas em todos os factores da alexitimia foram igualmente superiores aos do grupo de controlo. Tal seria pre-

Tabela 4: Diferença de médias entre os grupos AN e BN na TAS-20 (total e factores) (Estudo II).

	AN (N = 23) M (DP)	BN (N = 15) M (DP)	t	p
TAS-20	62.57 (11.02)	66.13 (8.31)	-1.07	.292
TAS-20 (F1)	24.35 (6.56)	26.93 (5.06)	-1.29	.204
TAS-20 (F2)	17.00 (4.72)	17.67 (3.90)	-.45	.652
TAS-20 (F3)	21.22 (4.24)	21.53 (3.89)	-.23	.818

Nota. TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale; TAS-20 (F1) = Dificuldade em identificar sentimentos; TAS-20 (F2) = Dificuldade em descrever sentimentos aos outros; TAS-20 (F3) = Estilo de pensamento orientado para o exterior; AN = grupo de participantes com anorexia nervosa; BN = grupo de participantes com bulimia nervosa

visível para F1 e F2 tendo em conta os estudos já anteriormente realizados (14, 17), contudo, a dúvida principal centrava-se em F3. Neste ponto, o nosso estudo revelou que os participantes com AN tendem a utilizar um estilo de pensamento orientado para o exterior, indo assim ao encontro dos resultados obtidos por Eizaguirre et al. (14).

O presente estudo sugere ainda que a intervenção na área dos afectos se revela pertinente para ambas as patologias alimentares e não apenas para a AN. É de salientar, inclusivamente, que a prevalência da alexitimia no grupo BN foi superior à do grupo AN, apesar da diferença entre os valores médios não ter sido estatisticamente significativa. Apesar de alguma inconsistência entre estudos anteriores, esta ausência de diferenças entre ambas as PCA já foi igualmente encontrada noutros trabalhos (cf. 5, 16, 20). Todavia, este resultado não exclui a hipótese dos doentes com BN apresentarem algumas especificidades na regulação das emoções que os distingam dos doentes com AN. Parker, Taylor e Bagby (30) referem que as estratégias de evitamento (e.g. ingestão alimentar compulsiva) e os comportamentos orientados para as emoções (e.g. dizer a si próprio que a situação não está a acontecer) são os mecanismos de coping mais frequentes na alexitimia, sendo possível que o recurso a estas estratégias não seja igual em ambas as PCA. Acresce salientar que o estudo II apresenta um cariz exploratório, tendo sido implementado com amostras clínicas reduzidas, o que inviabiliza a possibilidade de confirmar estas hipóteses. No futuro seria desejável ampliar o número de participantes em ambos os estudos, inclusivamente para poder analisar separadamente diferentes grupos etários, considerando que o desenvolvimento emocional pode apresentar flutuações associadas à

idade. Adicionalmente sugere-se a inclusão de uma bateria complementar de instrumentos de avaliação no domínio da regulação emocional com vista a analisar mais aprofundadamente as possíveis diferenças entre a AN e a BN.

Em conclusão, podemos referir que os resultados obtidos realçam a importância da dimensão emocional na expressão das PCA. A leitura deste dado poderá ter implicações ao nível da prevenção, na medida em que este tipo de abordagem requer o conhecimento do processo de desenvolvimento da patologia alimentar (31). O actual conceito de “universal intervention” ao nível da prevenção postula, precisamente, que os programas desenvolvidos nesta área considerem os diferentes factores de risco envolvidos e sejam implementados em estruturas sociais existentes nos quais se incluam os grupos etários vulneráveis. Neste sentido, a escola assume-se como um contexto de excelência para a implementação de programas de prevenção das PCA, pois representa o contexto natural de socialização dos adolescentes (faixa etária na qual se regista o pico de incidência desta perturbação) (32).

A implementação de programas de prevenção no nosso país é ainda exígua, mas é nossa convicção que os actuais currículos permitem algum espaço para uma sensibilização dos estudantes para temas centrais neste domínio, tais como a pressão cultural para a magreza, a insatisfação corporal, a relação com os outros e a forma como se lida com as emoções. Neste último ponto, a estimulação dos estudantes para uma melhor identificação e expressão de afectos poderá ser um contributo muito válido para a prevenção da patologia alimentar.

Referências Bibliográficas

1. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press; 1997.
2. Bruch H. *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. *Psychosom Med*. 1962; 24: 187-94.
3. Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson; 1985.
4. Strober M. *Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic developmental paradigm*. In: Johnson C, editor. *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1991. p.354-73.
5. Becker-Stoll F, Gerlinghoff M (2004). *The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders*. *Eur Eat Disord Rev*. 2004; 12: 159-63.
6. Overton A, Selway S, Strongman K, Houston M. *Eating disorders – The regulation of positive as well as negative emotion experience*. *J Clin Psychol Med Settings*. 2005; 12: 39-56.
7. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos, PE. *Alexithymia: A view of the psychosomatic process*. In: Hill O, editor. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London: Butterworths; 1976. p. 430-9.
8. Taylor GJ. *The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality*. *New Trends Exp Clin Psychiatr*. 1994; 10: 61-74.
9. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. *Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation*. *Br J Psychiatry*. 1992; 161: 240-3.
10. Cochrane CE, Brewerton TD, Wilson DB, Hodges EL. *Alexithymia in eating disorders*. *Int J Eat Disord*. 1993; 14: 219-22.
11. Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). *A controlled study of alexithymia in eating disorders*. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-48.
12. Dethieux JB, Hazane F, Dounet C, Gentil V, Raynaud JP. *À la recherche des émotions perdues: L'adolescente anorexique et son père. Étude préliminaire à propos de l'hypothèse alexithymique*. *Neuropsychiatr Enfanz*. 2001; 49: 131-140.
13. Råstam M, Gillberg C, Gillberg IC, Johansson M. *Alexithymia in anorexia nervosa: A controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95: 385-8.
14. Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, Jeammet P. *Alexithymia and depression in eating disorders*. *Psychiatry Res*. 2000; 93: 263-6.
15. Eizaguirre AE, Cabezón AOS, Alda IO, Olariaga LJ, Juaniz M. *Alexithymia and its relationship with anxiety and depression in eating disorders*. *Pers Individ Dif*. 2004; 36: 321-31.
16. Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA. *The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients*. *Int J Eat Disord*. 1998; 23: 277-86.
17. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM, Bourke MP. *Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders*. *J Psychosom Res*. 1996; 41: 561-8.
18. Zonneville-Bender MJS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, van Elburg A, van Engeland H. *Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients: A controlled study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13: 28-34.
19. Zwaan M, Biener D, Bach M, Wiesnagrotzki S, Stacher G. *Pain sensitivity, alexithymia, and depression in patients with eating disorders: Are they related?* *J Psychosom Res*. 1996; 41: 65-70.
20. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. *Emotion-processing deficits in eating disorders*. *Int J Eat Disord*. 2005; 37: 321-29.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: Author; 1994.
22. Kutlesic V, Williamson D, Gleaves D, Barbin J, Murphy-Ebrenz K. *The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria*. *Psychol Assess* 1998;10: 41-48.
23. Torres S, Guerra MP, Lencastre L, Williamson DA, Roma-Torres A, Vieira F. *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV (IDED-IV) específica para a Anorexia Nervosa*. *ArquiMed*. 2008; 22 (4/5): 113-9.
24. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GL. *The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure*. *J Psychosom Res*. 1994; 38: 23-32.
25. Prazeres N, Parker J, Taylor G. *Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20)*. *RIDEP*. 2000; 9: 9-21.
26. Yoshida E. *Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale- TAS em amostra clínica*. *Psicol Reflex Crit*. 2007; 20(3): 389-96.
27. Goodsitt A. *Eating disorders: A self-psychological perspective*. In: Garner D, Garfinkel F, editors. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press; 1997. p.205-28.
28. Heatherton TF, Baumeister RF. *Binge eating as an escape from self-awareness*. *Psychol Bull*. 1991; 110: 86-108.

29. Petterson R. *Nameless desire: Alexithymia and the anorexic patient.* *Am J Psychoanal.* 2004; 64: 77-90.

30. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. *Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles.* *Compr Psychiatry.* 1998; 39: 91-8.

31. Fairburn CG. *The prevention of eating disorders.* In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity.* New York: The Guilford Press; 1995. p.289-93.

32. Pearson J, Goldklang D, Striegel-Moore RH. *Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities.* *Int J Eat Disord.* 2002; 31: 233-39.