

Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório

ANA REBELO (*)
ISABEL LEAL (**)

INTRODUÇÃO

A Obesidade é uma doença crónica de génese multifactorial sendo um importante factor de risco para o desenvolvimento de doenças concomitantes. Segundo a World Health Organization (WHO, 2006) existem cerca de 300 milhões de sujeitos obesos em todo o mundo tendo a obesidade atingido proporções epidémicas. Torna-se assim necessário investigar e compreender as características psicológicas subjacentes, causas e consequências desta mesma doença, de modo a adoptar estratégias de intervenção mais eficazes.

Na tentativa de aprofundar alguns dos aspectos implicados nesta multifactorialidade, debruçamo-nos sobre a relação entre personalidade e comportamento alimentar em mulheres obesas já que alguns estudos sugerem que o género poderá mediar a relação entre as características psicológicas e o

índice de massa corporal (IMC) sendo que um elevado IMC se encontra relacionado com um baixo ajustamento por parte da mulher obesa à sua condição (Faith, Flint, Fairburn, Goodwin & Allison, 2001).

Personalidade

As definições de personalidade são numerosas e diversificadas assistindo-se desde Allport a uma heterogeneidade de construtos, podendo-se colocar a questão de se será o mesmo construto que se escreve ou de outros diferentes mas com o mesmo nome (Lima, 1997). Deste modo, estudar a personalidade implica estudar o sujeito como um todo assim como aquilo que o torna único e o distingue do outro (Botelho, 1999; Patrão & Leal, 2004).

Para McCrae, John e Costa (1992) a personalidade apresenta-se como um sistema definido por traços e processos dinâmicos através dos quais o funcionamento psicológico do sujeito é influenciado. As abordagens ao estudo da Personalidade baseadas nos traços estudam a sua natureza estável (Botelho, 1999). A personalidade é assim considerada como uma estrutura estável do sujeito, que influencia o modo como reage perante acontecimentos de vida, e que tende a ser razoavelmente

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
E-mail: ammrebello@yahoo.com

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

consistente ao longo do tempo (Patrão & Leal, 2004).

O conceito de traço apresenta alguma maleabilidade uma vez que se adapta às directrizes teóricas e experimentais, estando ligado à procura de uma taxinomia da personalidade e à emergência do Modelo dos Cinco Factores. Para Allport (como citado em Botelho, 1999) o traço teria um carácter idiográfico e intraindividual sendo para McAdams (1995) este conceito de traço um modelo legítimo da personalidade uma vez que as atribuições que decorrem dos traços reflectem diferenças reais no comportamento e na personalidade dos sujeitos em que a maioria dos traços apresenta uma consistência longitudinal e são bons preditores do comportamento do sujeito. O conceito de traço é definido como uma dimensão das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamento, sentimentos e acções (McCrae et al., 1992).

Ao longo da história da Psicologia e da Psicologia da Personalidade, um dos esforços encetados passa pela sistematização de uma taxinomia que desempenharia uma função integrativa (Botelho, 1999).

Eysenck (como citado em Botelho, 1999) identificou as dimensões do Neuroticismo (N) e Extroversão (E) como componentes essenciais da estrutura da personalidade. Nos anos setenta Tellegen e Atkinson surgem com uma terceira dimensão designada por abertura a experiências absorventes e de mudança pessoal sendo que McCrae et al. (1992) propõe uma dimensão semelhante chamada de Abertura à Experiência.

Nos anos oitenta Costa e McCrae sugerem a necessidade da introdução de uma dimensão de auto-controlo, implementada por Tellegen e designada por Conscienciosidade, e Leary introduz a Amabilidade.

Para Costa e McCrae a personalidade é como um sistema composto por traços e processos dinâmicos que influenciam o funcionamento psicológico. A teoria dos traços passa então pelo desenvolvimento do Modelo dos Cinco Factores, proposto por McDougall e Thurstone, que organiza hierarquicamente os traços de personalidade em cinco dimensões básicas: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A), e Conscienciosidade (C), todos eles avaliados pelo Inventário de Personalidade NEO-PI-R de Costa e McCrae. O modelo dos “Big Five” deve ser

visto como um modelo da personalidade (McAdams, 1995).

O Modelo dos Cinco Factores é reconhecido, válido e aplicável na Psicologia da Saúde devido à sólida infra-estrutura empírica (Widiger & Trull, 1997) providenciando uma estrutura taxinómica básica para a investigação em personalidade (Watson & Clark, 1992).

Apesar das críticas ao estudo da Personalidade, Costa e McCrae apresentam o Modelo dos Cinco Factores que demonstra ser um instrumento válido para a avaliação da personalidade na área da Psicologia da Saúde (Patrão & Leal, 2004).

Comportamento Alimentar

Ao longo do tempo têm-se colocado diversas hipóteses sobre a obesidade que implicam os estilos alimentares. O conceito de estilo alimentar remete-nos para a categorização do comportamento alimentar, considerado como o resultado da influência de factores psicológicos e sociais (Viana, 2002).

Assim, o comportamento alimentar envolve o acto de ingestão e aspectos qualitativos relacionados com a selecção e decisão de quais os alimentos a consumir; enquanto que o padrão de ingestão diz respeito aos aspectos quantitativos implícitos na ingestão (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003).

Abordamos três teorias relacionadas com o excesso de ingestão alimentar: a teoria psicossomática, a teoria da externalidade, e, a teoria da restrição. Uma pessoa poderá realizar uma ingestão excessiva como resposta a emoções negativas (teoria psicossomática); como resposta a factores externos, como o cheiro e a apresentação da comida (teoria da externalidade); ou, poderá ingerir alimentos em excesso após um período de restrição alimentar (teoria da restrição alimentar).

Schlundt et al. (1991) propõem a classificação dos obesos em cinco grupos: com hábitos alimentares moderadamente saudáveis; com restrição alimentar crónica; com regime de alternância: restrição e ingestão compulsiva; sobrealimentação emocional; e, hiperalimentação prandial.

A teoria psicossomática considera a hiperfagia do obeso como um sintoma determinado por causas psicológicas e emocionais inconscientes sendo a obesidade uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente assim como de problemas psicológicos preexistentes e não resolvidos que conceptualizariam os obesos como neuróticos e

possuidores de uma fixação oral. Assim, a hiperfagia estaria relacionada com conflitos neuróticos, desejos orais insatisfeitos e perturbações emocionais (Fisher, 1986). Deste modo, a compreensão da relação do sujeito com a comida, que ocorre desde o nascimento, e da ligação dele com os seus objectos primários, com a família, o meio social e, em especial, com quem exerce as funções maternas.

Posteriormente considerou-se que as perturbações emocionais dos obesos seriam uma consequência e não a causa da obesidade (Allison & Heshka, 1993).

Schick (1947) compara a hiperfagia a uma adição referindo que existe uma patologia da adição no desejo inconsciente de experimentar novamente a satisfação que o bebé obtém com a ingestão de comida.

Bychowski (1950) no seu estudo observacional refere que a obesidade neurótica nas mulheres é uma manifestação vegetativa de impulsos inconscientes e defesas egóicas, sendo possivelmente uma consequência oral devido à incorporação e retenção parcial do amor objectal por parte dos pais.

Salienta-se ainda, o papel da hostilidade na hiperfagia, demonstrando que a agressividade e a hostilidade reprimidas são importantes causas de ingestão em excesso (Conrad, 1954).

O comer em excesso pode ser ainda encarado como um mecanismo de defesa utilizado pelos obesos contra sentimentos inconscientes de abandono e desesperança, originado por situações de perda do objecto (Rotman & Becker, 1970).

Inicialmente a ingestão em excesso do obeso era considerada como consequência do descontrolo provocado por estados emocionais sendo que, em estados de ansiedade e angústia, responderiam com ingestão em excesso (Viana & Sinde, 2003). Esta resposta, segundo Bruch (1961) era o resultado de uma confusão entre estados emocionais e fome, tendo origem na infância.

Os psicanalistas são unânimes em assinalar que na obesidade existe uma fixação na fase oral e uma regressão a ela. Neste contexto ganha destaque a figura materna, responsável pela nutrição da criança como enaltecido por Bruch (1973). Esta autora acrescenta ainda a necessidade de distinguir diferentes formas de obesidade, com diferentes constelações e aspectos psicológicos. A hiperfagia pode ser uma resposta a situações de stress, uma compensação das dificuldades na interacção social, nos

conflitos sexuais e nas relações interpessoais. Assim, o tipo de relação entre sujeito e objecto é característica nos obesos, quando o objecto diz respeito à comida.

Na década de sessenta, Schachter propôs a Teoria da Externalidade, baseada na dicotomia internalidade/externalidade, afirmando que os obesos são mais sensíveis aos indícios externos face aos internos, sendo que esta sensibilidade acrescida aos estímulos externos era responsável pelo desenvolvimento da obesidade (Carmo, 2001; Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003; Ogden, 2004; Straub, 2005). Assim, a fome, sensação considerada interna, não seria correctamente interpretada ou sentida.

Dado que os obesos iniciam frequentemente novas dietas ou tentam restringir os seus hábitos e consequentemente sentem privação oral, pode-se conceber que a orientação externa reflecte, em vez de originar, o estatuto de obeso (Fisher, 1986). Mas, para Leon e Roth (como citado em Fisher, 1986), com base em observações efectuadas, os super obesos (IMC>50) poderão não ser tão responsivos aos estímulos externos como os obesos moderados.

Nisbett (1972) propõe um modelo baseado na capacidade do organismo regular o peso como modo de explicar a maior reactividade aos estímulos nos obesos. Assim, cada sujeito possuía um peso fixo ideal, ou “set point”, dependente de mecanismos fisiológicos homeostáticos. Deste modo, no obeso, o peso ideal seria superior ao peso ideal dos restantes sujeitos. Com base nesta teoria o sujeito adoptaria um estilo alimentar restritivo.

As teorias comportamentais da obesidade que se concentram na ingestão da comida sugerem uma relação entre peso do corpo e o comportamento alimentar. Assim, surge a Teoria da Restrição de Herman e Polivy em finais dos anos setenta sugerindo que a restrição da alimentação pode constituir um melhor preditor da ingestão de comida do que o peso (Ogden, 2004; Straub, 2005).

A Teoria da Restrição foi desenvolvida para avaliar as causas e consequências das dietas sugerindo que os sujeitos que fazem dieta apresentam uma ingestão exagerada ou insuficiente dos alimentos (Ogden, 2004), isto é, a maior sensibilidade a normas de peso corporal resulta num padrão alimentar que oscila entre a dieta rigorosa (comer com restrição) e a ingestão excessiva (comer sem restrição) sendo a sensibilidade externa conse-

quência da restrição alimentar (Straub, 2005). Nesta teoria, o estado de permanente restrição a que os obesos se submetem levaria estes a treinarem o bloqueio deliberado dos sinais interiores de fome (Carmo, 2001). O conceito de restrição alimentar surge do pressuposto de que a dieta é um factor determinante na regulação da ingestão.

Subjacente ao conceito de restrição está um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição. Como efeitos desinibidores da restrição temos factores emocionais e factores cognitivos. Os sujeitos restritivos comem mais quando ansiosos ou deprimidos, enquanto que os sujeitos não restritivos, na mesma condição, tendem a comer menos (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003a).

O nível de restrição nos obesos é mais elevado do que nos sujeitos eutróficos. Assim, a maior sensibilidade aos estímulos do ambiente pode ser um resultado da restrição alimentar e do desejo da carência não satisfeita, não estando associada à obesidade como confirma a teoria da externalidade. Os sujeitos restritivos apresentam um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição, e, existem diferenças significativas nos níveis de restrição sendo estes mais elevados nos obesos do que nos sujeitos de peso normal (Viana, 2002).

Esta teoria identificou a desinibição, ou contra-regulação, da restrição, como sendo uma característica da excessiva alimentação dos que tentavam restringir (Ogden, 2004).

No caso dos sujeitos que efectuam restrição alimentar cognitiva esta pode estar associada a comportamentos e cognições inadaptadas podendo estar presentes sentimentos de culpa após as refeições, existindo uma tendência para o descontrolo e para a ingestão de grandes quantidades em situações de humor disfórico e uma tendência a sobrestimar o volume do corpo o que poderá dar indícios de uma perturbação da imagem corporal. O sexo feminino tende a apresentar níveis de restrição mais elevados que o sexo masculino (Viana, 2002).

São várias as críticas efectuadas à Teoria da Restrição: os conceitos de limiar biológico e psicológico encontram-se separados sugerindo serem entidades distintas que interagem; e, baseia-se na crença da associação entre a restrição da alimentação e a alimentação excessiva (Ogden, 2004; Straub, 2005).

Segundo Herman e Janet (como citado em Carmo, 2003) é a restrição que causa a compulsão. De modo a alterarmos o ciclo de restrição/compulsão devemos interiorizar o mecanismo de funcionamento deste mesmo ciclo.

MÉTODO

Participantes

Definiu-se como população para este estudo sujeitos do sexo feminino que possuíssem como diagnóstico médico Obesidade Mórbida ($IMC > 40 \text{Kg/m}^2$), e fossem candidatos a Cirurgia Bariátrica ou a tivessem efectuado há menos de cinco anos.

A amostra é composta por um grupo clínico de 48 sujeitos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 70 anos ($M=42.96$; $SD=10.79$). A nível clínico obteve-se uma média de Índice de Massa Corporal no presente momento de 40 ($SD=7.746$).

Material

Os Instrumentos utilizados nesta Investigação foram o Inventário de Personalidade NEO-PI-R na forma S; e, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.). A escolha destes Instrumentos prende-se com a aferição e validação destes para a população portuguesa. Em simultâneo utilizou-se um questionário de caracterização da amostra com a finalidade de recolher informação sobre aspectos socio-demográficos.

Inventário de Personalidade NEO-PI-R na forma S

O Inventário de Personalidade NEO-PI-R vem operacionalizar o modelo dos cinco factores sendo uma medida de cinco dimensões da personalidade assim como de trinta traços/facetos que definem cada um dos domínios permitindo uma avaliação compreensiva da personalidade (Lima, 1997; Lima & Simões, 1997; Lima & Simões, 2000; Timmerman, 2004). As cinco principais dimensões, ou domínios, da personalidade abordadas são: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C).

Através da descrição do posicionamento do sujeito nas cinco dimensões, obtém-se um esquema compreensivo, que sintetiza o seu estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional (Lima & Simões, 2003).

Com base em Lima (1997), a versão portuguesa do NEO-PI-R mede as mesmas dimensões da personalidade que a versão americana, apresentando boas características psicométricas.

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.)

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar ou D.E.B.Q. (“Nederlandse Vragenlijst Voor Eetgedrag” – N.V.V.E., na versão original) de Van Strien, Fritjers, Bergers e Defares (1986) pretende avaliar o comportamento alimentar classificado como estilo alimentar (Viana & Sinde, 2003a). O construto no qual o questionário se baseia, deriva das várias teorias da obesidade e controlo do apetite.

O D.E.B.Q. avalia as dimensões: restrição alimentar, ingestão emocional (ingestão determinada por factores emocionais) e ingestão externa (ingestão determinada por factores externos). A escala de restrição refere-se ao esforço que o sujeito exerce regularmente para controlar o seu apetite e ingestão de alimentos, envolvendo-se em dietas. A ingestão emocional traduz a perda de controlo da ingestão por exposição a factores de stress emocional, implicando desinibição alimentar nessa situação. A ingestão externa diz respeito à desinibição ou perda do controlo que ocorre devido a factores externos intrínsecos aos alimentos ou à situação social em que são ingeridos. Um resultado elevado numa das dimensões implica um modo de reagir aos alimentos que se traduz num padrão ou estilo alimentar.

O D.E.B.Q. é um dos instrumentos mais utilizados na investigação sobre comportamento alimentar estando indicado na obesidade, sendo um dos mais estudados do ponto de vista da validade e de outras características psicométricas (Viana & Sinde, 2003a) encontrando-se validado e adaptado para Portugal por Viana e Sinde (2003).

Procedimento

Foi pedido aos participantes que aceitassem participar neste Estudo que preenchessem um protocolo de Investigação. Após ter sido explicado por escrito a natureza do estudo, garantida a confi-

dencialidade e anonimato dos resultados e o esclarecimento de possíveis dúvidas, foi pedida a contribuição voluntária dos participantes e assinado o respectivo Consentimento Informado.

Inicialmente a amostra foi recolhida numa Instituição de saúde privada sedeadada no Distrito de Lisboa; posteriormente, e em simultâneo, iniciou-se a recolha via CTT, a nível nacional e através de envelope verde pré-pago, com recurso a uma base de dados previamente elaborada por um terceiro elemento. A recolha da amostra teve início em 01 de Janeiro de 2006 tendo sido terminada a 30 de Junho de 2006, perfazendo deste modo cinco meses.

A análise dos dados foi efectuada com recurso ao Software SPSS (v.14; SPSS Inc, Chicago, IL) tendo-se considerado os seguintes níveis de significância: $p \leq 0.01$ Muito significativo; $p \leq 0.05$ Significativo; $p \leq 0.10$ Pouco significativo; $p > 0.1$ Não significativo. A significância da diferença entre os resultados médios nos domínios e facetas do NEO-PI-R obtidos nesta amostra *vs.* os resultados médios nos domínios e facetas do NEO-PI-R obtidos na população feminina portuguesa; assim como a significância da diferença entre os resultados nos domínios do D.E.B.Q. obtidos nesta amostra *vs.* os resultados médios obtidos na população portuguesa, foram avaliados com o teste t-student para uma amostra. Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias, foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov, e com o teste de Levene. Podemos afirmar que em ambos os Instrumentos as variáveis cumpriram os pressupostos exigidos. Considerou-se um nível de significância de $\alpha = 0.05$.

RESULTADOS

A amostra é composta por 48 sujeitos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 70 anos ($M = 42.96$; $SD = 10.79$); 61.7% são casadas; 92.5% de raça caucasiana; 56.5% têm como habilitações literárias o Secundário; 46.8% um nível socio-económico médio; 80.4% encontram-se profissionalmente activas; e, 68.8% apresentam história familiar de obesidade. Nesta amostra, 43.8% dos sujeitos aguardam realização de cirurgia bariátrica face a 50% que já efectuaram cirurgia de banda gástrica. A nível clínico obteve-se uma

média de Índice de Massa Corporal no presente momento de 40 (SD=7.746).

No que diz respeito à fiabilidade, e com base no alpha de Cronbach, considera-se que no NEO-PI-R se obteve um índice Bom (0.839 para 240 itens); enquanto que no D.E.B.Q. se obteve um índice Excelente (0.936 para 33 itens). Podemos deste modo concluir que ambos os Instrumentos obtiveram bons índices de consistência interna na presente amostra.

No domínio do Neuroticismo (N) a média da amostra revela uma diferença pouco significativa ($t(47)=1.686$; $p=.098$) quando comparada com a média populacional do sexo feminino. Regista-se um pico neste domínio que se assume na faceta N5-Impulsividade ($t(47)=5.725$; $p=.000$) com uma diferença muito significativa.

No domínio da Extroversão (E) assinalamos a existência de uma diferença muito significativa na faceta E3-Assertividade ($t(47)=2.940$; $p=.005$).

No domínio da Abertura à Experiência (O) a média da amostra revela uma diferença muito significativa ($t(47)=4.039$; $p=.000$) quando comparada com a média populacional do sexo feminino. Assinalamos a existência de diferenças muito significativas nas facetas O1-Fantasia ($t(47)=3.447$; $p=.001$), O3-Sentimentos ($t(47)=2.843$; $p=.007$), O5-Ideias ($t(47)=2.958$; $p=.005$) e, O6-Valores ($t(47)=4.309$; $p=.000$).

No domínio da Amabilidade (A) assinalamos a existência de uma diferença muito significativa na faceta A3-Altruísmo ($t(47)=3.481$; $p=.001$) e uma diferença significativa na faceta A5-Modéstia ($t(47)=-2.021$; $p=.049$).

No domínio da Conscienciosidade (C) assinalamos a existência de uma diferença muito significativa nas facetas C1-Competência ($t(47)=2.681$; $p=.010$) e C6-Deliberação ($t(47)=-3.172$; $p=.003$).

Relativamente ao Instrumento D.E.B.Q. a média da amostra revela uma diferença muito significativa na dimensão Ingestão Emocional ($t(47)=6.297$; $p=0.000$) e na dimensão Restrição Alimentar ($t(47)=9.335$; $p=0.000$). Na dimensão Ingestão Externa a média da amostra revela uma diferença pouco significativa ($t(47)=1.908$; $p=0.063$).

DISCUSSÃO

Com base nos autores do NEO-PI-R (como citado em Lima, 1997, p. 196) “tentar dar sentido às trintas

facetas pode ser extremamente complicado” sendo por isso aconselhável realizar uma análise domínio a domínio que poderá ser complementada com base nas relações existentes entre algumas das facetas. Deste modo, opta-se por esta hipótese para mapear a estrutura da personalidade do grupo de mulheres obesas em estudo com base no Teste t-student para comparação de uma amostra.

No domínio do Neuroticismo (N) a nossa amostra apresenta algumas diferenças face à população feminina portuguesa. Assim, podemos considerar que face à população feminina portuguesa este grupo clínico se apresenta mais emocionalmente inseguro, com sentimentos de inadequação e incompetência, com tendência para a descompensação emocional e em experimentar afectos negativos, presença de desejos e necessidades excessivas e presença de respostas de coping desadequadas.

Relativamente à diferença muito significativa obtida na faceta N5-Impulsividade, está presente uma baixa tolerância à frustração com incapacidade de resistir às tentações e tendência a ceder aos desejos; igualmente indicado nos estudos de Palme e Palme (1997) e Guenter (2000).

Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004) consideram que existem diferenças significativas entre os dois sexos em algumas sub escalas do MCMI-II, nomeadamente, o sexo feminino apresenta valores mais elevados na compulsividade face ao sexo masculino.

No estudo de Larsen et al. (2004) encontram-se ligeiros desvios nas variáveis de personalidade neuroticismo, ansiedade social, egoísmo e auto-estima que são consideradas como sendo resultado da condição de obeso uma vez que, com base em estudos efectuados, a depressão pré-operatória assim como a ansiedade e a baixa auto-estima desaparecem após o tratamento cirúrgico.

Surpreendentemente, nesta investigação a amostra estudada não apresenta valores de Depressão (N3) estatisticamente significativos em comparação com a média da população feminina, contrariando assim as conclusões dos estudos de Castelnuovo-Tedesco e Schiebel (1975); Bull, Engels, Engelmänn e Bloom (1983); Black, Goldstein e Mason (1992); Guenter (2000); Hernani (2001); e, Segal e Fandiño (2002).

No domínio da Extroversão (E) regista-se uma diferença muito significativa na faceta E3-Assertividade. Estamos perante a presença de características de dominância, confiança e decisão na

QUADRO 1

Significância da diferença entre os resultados médios do NEO-PI-R e do DEBQ obtidos nesta amostra vs. os resultados médios obtidos na população feminina portuguesa

Escalas	p-value	t-student	Sig.
NEO-PI-R			
N-Neuroticismo	0,098	1,686	*
N1-Ansiedade	0,648	0,460	NS
N2-Hostilidade	0,727	0,351	NS
N3-Depressão	0,243	1,182	NS
N4-Auto-consciência	0,834	0,211	NS
N5-Impulsividade	0,000	5,725	***
N6-Vulnerabilidade	0,744	0,329	NS
E-Extroversão	0,341	0,963	NS
E1-Caloroso	0,315	1,017	NS
E2-Gregariedade	0,703	-0,383	NS
E3-Assertividade	0,005	2,940	***
E4-Actividade	0,384	-0,878	NS
E5-Procura Excitação	0,717	0,365	NS
E6-Emoções Positivas	0,243	1,182	NS
O-Abertura à Experiência	0,000	4,039	***
O1-Fantasia	0,001	3,447	***
O2-Estética	0,419	0,816	NS
O3-Sentimentos	0,007	2,843	***
O4-Acções	0,908	-0,117	NS
O5-Ideias	0,005	2,958	***
O6-Valores	0,000	4,309	***
A-Amabilidade	0,913	-0,110	NS
A1-Confiança	0,881	0,151	NS
A2-Rectidão	0,812	-0,239	NS
A3-Altruísmo	0,001	3,481	***
A4-Complacência	0,134	-1,526	NS
A5-Modéstia	0,049	-2,021	**
A6-Sentimental	0,302	1,044	NS
C-Conscienciosidade	0,781	-0,280	NS
C1-Competência	0,010	2,681	***
C2-Ordem	0,128	1,551	NS
C3-Dever	0,899	0,128	NS
C4-Realização	0,495	-0,688	NS
C5-Auto-disciplina	0,867	-0,168	NS
C6-Deliberação	0,003	-3,172	***
DEBQ			
Ingestão Emocional	0,000	6,297	***
Restrição Alimentar	0,000	9,335	***
Ingestão Externa	0,063	1,908	*

*** p≤0.01 Diferença muito significativa

** p≤0.05 Diferença significativa

* p≤0.10 Diferença pouco significativa

NS p>0.1 Não significativo

área das relações pessoais. Para Johnson, Swenson e Gastineau (1976) as mulheres obesas apresentariam maior insatisfação nas relações sociais e familiares.

No entanto, no estudo efectuado por Faith et al. (2001) com mulheres obesas, um IMC elevado encontra-se associado a um aumento do neuroticismo e a uma diminuição da extroversão.

No domínio da Abertura à Experiência (O) a média da amostra revela uma diferença muito significativa quando comparada com a média populacional feminina apresentando características de criatividade, imaginação e originalidade, colocando facilmente em causa a autoridade. Este domínio pode ser considerado como um preditor da tendência dos sujeitos a procurarem mudanças. Assinalamos a existência de quatro picos neste domínio que se assumem nas facetas O1-Fantasia, O3-Sentimentos, O5-Ideias e O6-Valores. Com base na faceta O1 estão presentes características de imaginação com sensação de sonhar acordado com elaboração de fantasias de modo a criar um mundo interior mais rico e criativo. A faceta O3-Sentimentos indica-nos a presença de respostas emocionais às situações, sensibilidade, empatia, valorização e avaliação dos próprios sentimentos. A faceta O5 revela-nos a presença de um intelecto considerado curioso, enquanto que a faceta O6-Valores define estes sujeitos como sendo tolerantes, não conformistas e dispostos a reexaminar valores.

Para Johnson et al. (1976), com base no estudo efectuado com mulheres obesas e com recurso ao Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota, estas apresentam valores elevados nas escalas Psicopatia, Paranoia, Esquizofrenia e Hipomania sendo que os sujeitos apresentam-se como tendo características de impulsividade, sensibilidade interpessoal e isolamento social; o que parece vir parcialmente ao encontro das elevações encontradas no nosso estudo.

No domínio da Amabilidade (A) assinalamos a existência de uma diferença muito significativa na faceta A3-Altruísmo, o que nos indica a presença de uma preocupação activa pelos outros traduzida no auto-sacrifício e vontade de ajudar; assim como na faceta A5-Modéstia que confirma a pouca preocupação consigo próprio.

No domínio da Conscienciosidade (C) existem diferenças muito significativas nas facetas C1-Competência, que nos remete para a presença de uma forte opinião sobre as próprias aptidões com uma

relação positiva com o locus de controlo interno; e na faceta C6-Deliberação, que nos remete para a presença de características de planificação e ponderação.

Sintetizando, no nosso grupo clínico, e com base no NEO-PI-R, encontramos as seguintes características, face à população feminina portuguesa: 1) Domínio N e respectivas facetas: insegurança emocional, tendência para experimentar afectos negativos, incapacidade de resistir às tentações com tendência a ceder aos desejos, baixa tolerância à frustração; 2) Domínio E e respectiva faceta: apresentam características de dominância nas relações sociais; 3) Domínio O e respectivas facetas: características de criatividade, imaginação e originalidade, sensação de sonhar acordado em conjunto com a elaboração de fantasias, presença de respostas emocionais, sensibilidade, empatia, valorização dos próprios sentimentos, curiosidade intelectual e não conformistas; 4) Domínio A e respectivas facetas: presença de comportamentos altruístas; e, 5) Domínio C e respectivas facetas: características de auto-disciplina, confiança, planificação, ponderação, prudência e organização.

Simultaneamente, Asthana e Gupta (1999) referem que as mulheres obesas se apresentam como mais reservadas, deprimidas, com baixos níveis de satisfação, maior apreensão na sua auto-avaliação e com características neuróticas.

Para Suczek (1957) as mulheres obesas apresentam traços narcísicos efectuando uma negação das suas fragilidades; com maior susceptibilidade à ansiedade acompanhada de uma tendência a considerar as dificuldades pessoais como exteriores a si mesmas.

Yanovski (como citado em Barros, 1997) ao estudar as características da personalidade de obesos através do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI) encontrou nos obesos com diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva (PIC) maior pontuação no item impulsividade; sendo que quanto maior a gravidade da PIC maior a pontuação neste item. Infelizmente, não nos é possível efectuar uma comparação linear com esta investigação no entanto, tomamos a liberdade de realizar uma comparação abusiva utilizando os resultados obtidos através do NEO-PI-R. Em ambas as investigações se pode considerar que os sujeitos obesos apresentam características de impulsividade e hipersensibilidade.

Estudos comunitários efectuados em larga escala

nos Estados Unidos da América, sobre a relação entre o IMC e distúrbios emocionais, revelam não existir uma diferença significativa entre os sujeitos obesos e não-obesos relativamente ao funcionamento psicológico (Faith & Allison, 2000). Inclusive, estes dados, baseados em instrumentos psicométricos, vêm contradizer os estudos psicanalíticos iniciais que tipicamente se focavam em medidas idiográficas e interpretações clínicas. Assim, a maioria destes estudos não encontrou diferenças no funcionamento psicológico entre obesos e não obesos sendo que inclusive alguns estudos registaram valores menores de ansiedade e depressão entre os sujeitos obesos. No entanto, com base em estudos recentes, sugere-se que a depressão e a raiva correlacionam-se positivamente com mulheres obesas embora o efeito de dimensão seja diminuto; e, a nível europeu, revelam uma provável associação entre obesidade e psicopatologia.

Para Travado et al. (2004), com base na escala HADS, e com a maior parte das subescalas do MCMI-II, o IMC correlaciona-se positivamente com as alterações da ansiedade. Segundo estes autores, quanto maior o IMC maior o nível de alteração emocional e psicopatológica. Acrescentam ainda a existência de uma correlação positiva entre a sub-escala compulsividade e a desejabilidade.

Relativamente ao comportamento alimentar, com base nos valores obtidos através da análise estatística t-student para comparação de uma amostra, esta amostra revela uma diferença muito significativa nas dimensões Ingestão Emocional e Restrição Alimentar, e uma diferença pouco significativa na dimensão Ingestão Externa, quando comparada com a média populacional. Isto é, e tendo em conta que um resultado elevado numa das dimensões implica um modo de reagir aos alimentos que se traduz num padrão ou estilo alimentar, esta amostra revela-se com mais características de Ingestão por razões emocionais, efectuando maior restrição alimentar, do que a população portuguesa em geral. Deste modo, esta amostra exerce regularmente um esforço adicional para controlar o apetite e ingestão de alimentos envolvendo-se em dietas; existindo maior perda de controlo da ingestão por exposição a factores de stress emocional com conseqüente desinibição alimentar.

No estudo de Carmo (2001) com sujeitos obesos existe uma prevalência de sujeitos com alterações do comportamento alimentar, nomeadamente comportamentos bulímicos, que se traduz clinicamente

por tentativas de restrição alimentar seguidas de compulsão. No entanto, fica a dúvida se a compulsão alimentar é uma causa da obesidade ou uma consequência da prática contínua de dieta.

Para Fanques (como citado em Moreno & Bonfim, 2004) a dificuldade em tolerar a frustração pode ser amenizada através da ingestão alimentar uma vez que o acto de comer compensa a desestabilização psicológica.

No estudo efectuado por Larsen et al. (2004), com sujeitos submetidos a cirurgia de banda gástrica e com base no Questionário Holandês da Personalidade, concluem que o factor Egoísmo se encontra positivamente correlacionado com uma menor perda de peso pós-cirúrgico. Embora alguns estudos observem que a personalidade não é um preditor da perda de peso após a cirurgia bariátrica, outros referem que uma atitude defensiva, a rigidez, o desvio psicopático, a somatização, a hostilidade e a hipocondria são preditores de uma menor perda de peso após a cirurgia. Deste modo, Larsen et al. (2004) colocam como hipótese que o neuroticismo, a dominância, a hostilidade e a ansiedade social são preditores de uma menor perda de peso pós-cirurgia, sendo que o neuroticismo, a dominância e a hostilidade estão implicadas em estratégias de coping ineficazes.

No estudo de Guisadoe et al. (2002), com sujeitos obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica, detectou-se a existência de perturbações psiquiátricas do Eixo I com uma prevalência de 40% sendo que as perturbações mais frequentes são as afectivas e as de ansiedade. Assim, as pontuações mais elevadas foram registadas na somatização, obsessivo/compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade e ideacção paranóide. Consideram ainda que a idade de início da obesidade se relaciona com a sensibilidade interpessoal.

Tem-se registado um aumento significativo de estudos na área da obesidade o que nos leva a considerar que os sujeitos obesos mórbidos são qualitativamente diferentes dos sujeitos com outros graus de obesidade, requerendo assim especial atenção tanto na avaliação como no tratamento. Enfatiza-se a necessidade de combinar o sujeito com o método de tratamento mais apropriado ao seu caso (Ogden, 2004) sendo necessário programar a intervenção junto destes doentes num contexto multidisciplinar com acompanhamento a longo prazo. A obesidade é uma doença complexa que se acredita que seja induzida por factores bioló-

gicos, psicológicos, sociais, genéticos, metabólicos, doenças médicas, padrões comportamentais e factores psicológicos; carecendo de um maior número de investigações ao nível do comportamento alimentar e da personalidade de modo a ponderarmos as suas causas e delinearmos estratégias de intervenção mais eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allison, D. B., & Heshka, S. (1993). Emotion and eating in Obesity? A critical analysis. *International Journal of Eating Disorder*, 13, 289-295.
- Asthana, S., & Gupta, V. (1999). Personality Characteristics and Obesity. *Indian Journal of Community Medicine*, 24 (1), 21-5.
- Barros, C. (1997). Compulsão alimentar na Obesidade. *Aletheia*, 5, 65-70.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149 (2), 227-234.
- Botelho, T. (1999). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Bruch, H. (1961). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269-274.
- Bull, R. H., Engels, W. D., Engelsmann, F., & Bloom, L. (1983). Behavioural changes following gastric surgery for morbid obesity: a prospective, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 457-467.
- Bychowski, G. (1950). On neurotic obesity. *The Psychoanalytic Review*, 37 (4), 301-319.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: ISPA.
- Carmo, I. (2003). *Porque não Consigo Parar de Comer*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Castelnuovo-Tedesco, P., & Schiebel, D. (1975). Studies on superobesity: I. Psychological characteristics of superobese patients. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 6 (4), 465-480.
- Conrad, S. W. (1954). The psychological implications of overeating. *Psychiatric Quarterly*, 28, 211-224.
- Faith, M., & Allison, D. (2000). Assessment of psychological status among obese persons. In J. K. Thompson (Ed.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity* (3rd ed., pp. 365-388). Washington: American Psychological Association.
- Faith, M., Flint, J., Fairburn, C., Goodwin, G., & Allison, D. (2001). Gender Differences in the Relationship between Personality Dimensions and Relative Body Weight. *Obesity Research*, 9 (10), 647-650.
- Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Guenter, R. (2000). A Obesidade Feminina. *Análise Psicológica*, 18 (1), 59-70.
- Guisado, J. A., Vas, F. J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M., & Rubio, M. (2002). Psicopatologia en pacientes com obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana Endocrinol*, 13 (1), 29-34.
- Hernán, K. N. (2001). Aspectos psiquiátricos de la obesidad. In E. Garcia-Camba (Ed.), *Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 347-364). Barcelona: Masson.
- Johnson, S., Swenson, W., & Gastineau, C. (1976). Personality Characteristics in obesity: relation of MMPI profile and age of onset of obesity to success in weight reduction. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 29, 626-632.
- Larsen, J. K., Geenen, R., Maas, C., Pieter de Wit, T. van A., Brand, N., & Ramshorst, B. van (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12, 1828-1834.
- Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R, Contextos Teóricos e Psicométricos. "OCEAN" ou "iceberg"?*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto. Manual Profissional* (1.ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda – Investigação e Publicações Psicológicas.
- Lima, M. O., & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63 (3), 365-393.
- McCrae, R. R., John, O. P., & Costa, P. T. (1992). An introduction to the five factor model and its applications, special issue, "the five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 175-210.
- Moreno, C., & Bonfim, T. (2004). A imagem corporal e pós cirúrgica em pacientes com obesidade mórbida. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 573-579). Lisboa: ISPA.
- Nisbett, R. (1972). Hunger, obesity and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*, 79, 433-453.
- Ogden, J. (1993). The measurement of restraint: confounding success and failure? *International Journal of Eating Disorders*, 13, 69-76.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Palme, G., & Palme, J. (1997). Personality Characteristics of Females Seeking Treatment for Obesity, Bulimia Nervosa and Alcoholic Disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 255-263.

- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 530-544). Lisboa: ISPA.
- Rotman, M., & Becker, D. (1970). Traumatic Situations in Obesity. *Psychopathology and Psychology*, 18, 372-376.
- Schick, A. (1947). Psychosomatic aspects of obesity. *The Psychoanalytical Review*, 34, 173-183.
- Schlundt, D. G., Taylor, D., Hill, J. O., Sbroc, T., Pope-Cordle, J., Kasser, T., & Arnold, D. (1991). A behavioural taxonomy of obese female participants in a weight-loss program. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 1551-1558.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), 68-72.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Suczek, R. (1957). The Personality of Obese Women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 5 (2), 197-202.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 22 (3), 533-550.
- Van Strien, T., Frijters, J., Berger's, G., & Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (2), 295-315.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20 (4), 611-624.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003a). Estilo Alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003b). O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 99-112). Coimbra: Quarteto.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1992). On traits and temperaments: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor model, Special issue, "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60 (2), 441-475.
- WHO (2006). [On-line]. Available: www.who.int/diet_physicalactivity/publications/facts/obesity/en
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1997). Assessment of the five factor model. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), 228-250.

RESUMO

O objectivo deste estudo foi relacionar factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres diagnosticadas com obesidade mórbida, sendo esta amostra constituída por 48 sujeitos candidatos a cirurgia bariátrica, ou que a tenham efectuado num passado próximo.

Foram utilizados nesta investigação os seguintes Instrumentos: Questionário de Caracterização da Amostra, Inventário de Personalidade NEO-PI-R na Forma S, e Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ).

Os resultados obtidos mostram diferenças muito significativas, por comparação com a população normativa, nos domínios Neuroticismo e Abertura à Experiência, e nas facetas Impulsividade, Assertividade, Fantasia, Sentimentos, Ideias, Valores, Altruísmo, Competência e Deliberação; assim como nas dimensões Restrição Alimentar e Ingestão Emocional. Estão presentes sentimentos de inadequação com respostas de coping desadequadas e baixa tolerância à frustração; características de dominância nas relações sociais; criatividade com elaboração de fantasias e presença de respostas emocionais situacionais; comportamentos altruístas, de auto-disciplina e planificação; efectuando uma ingestão de ordem emocional associada a características de restrição alimentar.

Palavras-chave: Obesidade mórbida, factores de personalidade, comportamento alimentar, cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

The aim of this study is to correlate the Personality factors and Eating Behaviour in women diagnosed with Morbid Obesity. The 48 patients are candidates to Bariatric Surgery, or that have made it in a near past.

The instruments used along this investigation were: Sample Characterization Questionnaire, The Personality Inventory NEO Revised and the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ).

The results showed the extremely significant statistical value in the dimensions Neuroticism and Openness, and in the facets Impulsiveness, Assertiveness, Fantasy, Feelings, Ideas, Values, Altruism, Competence and Deliberation; and in the Restrained Eating and Emotional Eating dimensions. We registered the presence of inadequate feelings with maladaptive coping responses with a low frustration tolerance; characteristics of dominance in the social relations; creativity with the elaboration of fantasies and the presence of situational emotional responses; altruistic behaviour, self-discipline and planning; with an emotional ingestion associated to characteristics of restrained eating. We highlight the importance of psychotherapy during illness process.

Key words: Morbid obesity, personality factors, eating behaviour, obesity surgery.