

DOUTORAMENTO
PSICOLOGIA

**Processamento Emocional ao longo do
curso da Anorexia Nervosa: Estudo de
follow-up de 15 anos**
Telma Fontão de Castro

D

2022



Telma Fontão de Castro

Processamento Emocional ao longo do curso da Anorexia Nervosa: Estudo de
follow-up de 15 anos

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborada sob orientação da Professora Doutora Sandra Torres e Professora Doutora Maria Xavier Araújo.

Porto 2022

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta tese reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega.

Esta tese pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta tese, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente tese quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

RESUMO

Objetivo: O presente estudo de *follow-up* a 15 anos teve como principal objetivo avaliar se as dificuldades cognitivas ao nível do processamento emocional, identificadas na fase aguda da anorexia nervosa, permaneciam após a recuperação a longo prazo da doença, e explorar a sua relação com a ansiedade e a depressão.

Método: Um total de 24 mulheres acompanhadas longitudinalmente, quer durante a fase aguda quer na fase recuperada da anorexia nervosa, e 24 mulheres saudáveis foram avaliadas ao nível da ansiedade, depressão, alexitimia, dificuldades de regulação emocional (esta última apenas na fase recuperada da doença), e completaram uma tarefa experimental que visou analisar a experiência emocional, mais especificamente a frequência e a intensidade das emoções primárias. Adicionalmente, 21 das 24 participantes recuperadas da anorexia nervosa, responderam a uma entrevista semiestruturada, elaborada com o propósito de explorar os fatores implicados no desenvolvimento, recaída e tratamento da doença.

Resultados: Com a recuperação da anorexia nervosa assistiu-se a uma diminuição dos níveis de alexitimia, ansiedade e depressão. Contudo, quando comparados com o grupo de controlo, verificou-se que a ansiedade, as dificuldades em identificar os sentimentos, e as dificuldades em regular as emoções (com a exceção da falta de consciência emocional) não normalizaram. As dificuldades em identificar, compreender e aceitar as emoções observadas na fase recuperada da anorexia nervosa, mostraram-se associadas à presença da ansiedade e da depressão. Por sua vez, as dificuldades em regular as emoções no geral, e, em particular, as dificuldades em recorrer a um maior leque de estratégias de regulação emocional, em controlar os impulsos, e em agir de acordo com os objetivos definidos, mantiveram-se presentes na fase recuperada da anorexia nervosa, mesmo controlando o efeito da ansiedade e da depressão, sugerindo tratar-se de uma característica mais estável. Com a recuperação, as emoções negativas despoletadas por situações referentes à alimentação e ao peso foram sentidas com maior intensidade. Os dados qualitativos sugerem que, na perspetiva das participantes, a etiologia da anorexia nervosa foi multideterminada, e que as dificuldades em lidar com sentimentos negativos assumiram um papel de destaque na origem de

recaídas ao longo do processo de recuperação da anorexia nervosa. Com a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa, e perante a vivência de emoções negativas, o leque de estratégias de regulação emocional, adotado pelas participantes, foi mais variado e adaptativo, em comparação com a fase aguda da doença. Contudo, as participantes continuaram a apresentar dificuldades em lidar e regular as emoções.

Conclusões: Lidar e gerir as emoções, especialmente as negativas, continua a ser um desafio para as participantes que recuperaram a longo prazo da anorexia nervosa. Atendendo a que os comportamentos alimentares mal-adaptativos podem ser utilizados como uma estratégia de regulação emocional, a intervenção terapêutica deve considerar a educação emocional como um meio de prevenir as recaídas a longo prazo.

Palavras-chave: anorexia nervosa, recuperação, processamento emocional, ansiedade, depressão

ABSTRACT

Objective: This 15-year longitudinal study aimed to examine whether difficulties in cognitive processing of emotions persisted after long-term recovery from anorexia nervosa, and its link to anxiety and depression.

Method: Twenty-four females, who were tested longitudinally during their acute and recovered anorexia nervosa phases, and 24 healthy control women, were screened for anxiety, depression, alexithymia, emotion regulation difficulties (only assessed in recovery phase), and completed an experimental task to analyze emotional experience, more specifically the frequency and intensity of basic emotions. In addition, 21 of the 24 recovered from anorexia nervosa participants responded to a semi-structured interview, designed to explore the factors involved in the development, relapse and treatment of the disease.

Results: In spite of significant improvement in alexithymia, anxiety, and depression with anorexia nervosa recovery, some emotion functioning difficulties did not normalize, namely anxiety, difficulties in identifying feelings, and difficulties in emotion regulations (except lack of emotional clarity). The occurrence of comorbid anxiety and depression explained the reduced ability to identify, understand, and accept emotions in long-term recovery (relative to controls). However, the presence of these comorbid variables, did not explained the increased global difficulty in using emotional regulation strategies, and in particular the difficulty of impulse control, engagement in goal-directed behaviour, and adopt a wider range of emotion regulation strategies perceived as effective, which revealed a more stable nature of deficit. With recovery, negative emotions linked to situations addressing food and body weight are felt more intensely. The difficulty in dealing with negative feelings was in the origin of some relapses that arose during the recovery process from anorexia nervosa. Qualitative data suggest that anorexia nervosa ethology was multidetermined, and emotional regulation difficulties played a significant role in anorexia nervosa relapses. With the long-term recovery from anorexia nervosa, the range of emotion regulation strategies was more varied and adaptive, compared to the acute phase of the disease. However, recovered from anorexia nervosa participants still had emotion regulation difficulties.

Conclusions: Managing emotions, especially the negative ones, remains a challenge for individuals recovered from anorexia nervosa. Under this circumstance, maladaptive eating behaviour can serve as an affect regulatory function, increasing the risk of relapse. Emotional education is an important avenue in protecting long-term anorexia nervosa relapse.

Keywords: anorexia nervosa, recovery, emotional processing, anxiety, depression

RÉSUMÉ

Objectif: La présente étude de suivi sur 15 ans vise à évaluer si les difficultés cognitives au niveau du processus émotionnel, identifiées dans la phase aiguë de l'anorexie mentale, persistent après une guérison à long terme de la maladie, et à explorer leur relation avec l'anxiété et la dépression.

Méthode: Vingt-quatre femmes, qui ont participé à une étude longitudinale pendant la phase aiguë et la phase de récupération de l'anorexie mentale, et 24 femmes en bonne santé, ont été évaluées pour l'anxiété, la dépression, l'alexithymie, les difficultés de régulation émotionnelle (uniquement dans la phase de récupération de la maladie) et ont répondu à un instrument standardisé visant à analyser l'expérience émotionnelle, plus précisément la fréquence et l'intensité des émotions primaires. De plus, 21 des 24 participantes rétablis de l'anorexie mentale ont répondu à un entretien semi-structuré, conçu pour explorer les facteurs impliqués dans le développement, la rechute et le traitement de la maladie.

Résultats: Les niveaux d'alexithymie, d'anxiété et de dépression ont diminué avec la récupération de l'anorexie mentale. Cependant, par rapport au groupe témoin, il a été constaté que l'anxiété, les difficultés à identifier les sentiments et les difficultés à réguler les émotions en général (à l'exception du manque de conscience émotionnelle) ne se sont pas normalisées. Les difficultés d'identification, de compréhension et d'acceptation des émotions, présentes dans la phase de récupération de l'anorexie mentale, ont été associées à la présence de l'anxiété et de la dépression. À leur tour, les difficultés à réguler les émotions en général, et en particulier les difficultés à recourir à un plus large éventail de stratégies de régulation des émotions, à contrôler les impulsions et à agir conformément à des objectifs définis, sont restées présentes, dans la phase de récupération de l'anorexie mentale, après contrôle de l'effet de l'anxiété et de la dépression, suggérant qu'il s'agit d'une caractéristique plus stable. Les émotions négatives déclenchées par des situations liées à l'alimentation et au poids ont été ressenties avec une plus grande intensité avec la récupération. Les données qualitatives suggèrent que l'étiologie de l'anorexie mentale est multidéterminée et que les difficultés à gérer les sentiments négatifs ont joué un rôle prépondérant dans l'origine des rechutes

apparues au cours du processus de guérison de l'anorexie mentale. Avec la guérison à long terme de l'anorexie mentale et face à l'expérience d'émotions négatives, la gamme de stratégies de régulation des émotions adoptées par les participants a été plus variée et adaptative, par rapport à la phase aiguë de la maladie. Pourtant, les participants ont continué à éprouver des difficultés à gérer et à réguler leurs émotions.

Conclusions: Réguler et gérer les émotions, en particulier les émotions négatives, reste un défi pour les personnes qui se sont rétablies à long terme de l'anorexie mentale. Étant donné que les comportements alimentaires inadaptés peuvent être utilisés comme stratégie de régulation émotionnelle, l'intervention thérapeutique devrait considérer l'éducation émotionnelle comme un moyen de prévenir les rechutes à long terme.

Mots-clés: anorexie mentale, récupération, processus émotionnel, anxiété, dépression

AGRADECIMENTOS

Em 2002, quanto iniciei o meu percurso académico em Psicologia, na Universidade de Coimbra, estabeleci o objetivo de terminar o Mestrado, trabalhar durante alguns anos para juntar dinheiro, e inscrever-me num Programa Doutoral em Psicologia.

Em 2013, como me encontrava numa situação profissional estável, inscrevi-me na Universidade do Porto e iniciei o percurso do Programa Doutoral numa das áreas que mais gostei de estudar e trabalhar: a área das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.

Em março de 2015, fui convidada para abraçar um projeto profissional que, apesar de desafiante, implicava trabalhar por turnos e com uma folga semanal rotativa. Aceitei esse projeto mas, em pouco tempo, verifiquei que as realidades profissional e académica eram incompatíveis de se conciliar. Neste sentido, tive que suspender a matrícula durante quatro anos, altura em que mudei novamente de emprego para algo com horários fixos. A partir de janeiro de 2020 pude, deste modo, dedicar-me continuamente ao Programa Doutoral.

O percurso até aqui foi atribulado mas exequível porque esta concretização teve o apoio de várias pessoas.

A pessoa que mais me apoiou foi, sem dúvida, a minha orientadora, a Professora Doutora Sandra Torres que foi incansável em todas as solicitações e dificuldades. A Professora Doutora Maria Xavier Araújo ensinou-me a realidade da investigação qualitativa e, alguns colegas e Docentes apoiaram-me na exploração da análise quantitativa.

Este percurso não foi meramente académico uma vez que foi, igualmente, pessoal e familiar. E, neste sentido, agradeço o apoio da minha família e dos meus amigos. Destaco duas amigas que foram “co-investigadoras” neste projeto, a Andreia Vasconcelos, pelo incentivo e apoio no arranque do processo. E, a Cátia Palhares que me ajudou na construção da base de dados e na listagem das referências bibliográficas, assim como na transformação do Resumo no *Résumé*. Destaco, igualmente, a ajuda do Rui Rodrigues por ter dedicado o seu tempo a formatar o conteúdo, da Tese e dos materiais, nomeadamente *posters* e documentos em *PowerPoint*, apresentados nos Congressos, tonando-o visualmente mais interessante!

Este texto não pode terminar sem o agradecimento especial a todas as pessoas que tornaram possível a constituição da amostra da presente investigação uma vez que disponibilizaram o seu tempo para preencherem os questionários, responderem às entrevistas, e, em alguns casos, recordarem momentos tristes e de sofrimentos que experienciaram ao longo da vida. Sem a participação destas 48 mulheres o presente estudo não seria possível!

A todos: muito obrigada!

ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nervosa
ANCOVA	Análise da Covariância
CBT	Cognitive Behavioral Therapy Terapia Cognitivo Comportamental
CBT-E	Enhanced Cognitive Behavioral Therapy Terapia Cognitivo Comportamental - Adaptada
DERS	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
DSM-IV TR	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição, Texto Revisto
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição
IDED – IV	Entrevista para Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV
FBT	Family-based Therapy Terapia Familiar
GC	Grupo de Controlo
HT	Home Treatment Tratamento no Domicílio
IMC	Índice de Massa Corporal
QAE-AN	Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa
MANCOVA	Análise Multivariada da Covariância
MANOVA	Análise Multivariada da Variância
SAS	Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung
SDS	Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences Análise de Dados para Ciências Sociais
TAS	Escala Alexitimia de Toronto
TAS-DIF	Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais
TAS-DDF	Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros
TAS-EOT	Estilo de pensamento orientado para o exterior

ÍNDICE GERAL

Avisos Legais	2
Resumo.....	4
Abstract	7
Résumé.....	10
Agradecimentos.....	13
Abreviaturas	16
Índice geral.....	18
Índice de quadros	22
Índice de tabelas	24
Índice de figuras	26
Índice de anexos	28
Introdução.....	30
Parte A: Enquadramento teórico	34
Capítulo I: A abordagem clínica da Anorexia nervosa	35
1.1. Definição de anorexia nervosa de acordo com ICD-11: Pontos em comum com o ICD-10	38
1.2. Definição de anorexia nervosa de acordo com DSM-5: Pontos em comum com o DSM-IV-TR	39
1.3. A prevalência, desenvolvimento e curso da anorexia nervosa.....	42
Capítulo II: A abordagem emocional da anorexia nervosa.....	46
2.1. Fatores etiológicos da anorexia nervosa.....	47
2.1.1. A alexitimia na anorexia nervosa.....	51
2.1.2. Dificuldades de regulação emocional na anorexia nervosa.....	53
2.1.3. Emoções primárias na anorexia nervosa: Frequência e intensidade	54
2.1.4. Dificuldades no processamento emocional: Estado ou traço?.....	57
Capítulo III: A recuperação da anorexia nervosa.....	59
3.1. Definição de recuperação da anorexia nervosa	60
3.2. Taxa de recuperação da anorexia nervosa	64

3.3. Processamento emocional na fase de recuperação da anorexia nervosa	65
3.3.1. Alexitimia e dificuldades de regulação emocional	65
3.3.2. A relação entre o índice de massa corporal e as dificuldades de processamento emocional	67
3.3.3. O papel da ansiedade e da depressão no funcionamento emocional	68
3.4. Tratamento da anorexia nervosa	69
Parte B: Estudo empírico	75
Capítulo IV: Objectivos e método	76
4.1. Pertinência e objetivos do estudo	77
4.2. Método	80
4.2.1. Participantes	80
4.2.2. Materiais	82
4.2.2.1. Entrevista para Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV (IDED-IV)	83
4.2.2.2. Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (SAS)	84
4.2.2.3. Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung (SDS)	85
4.2.2.4. Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens (TAS-20)	85
4.2.2.5. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)	86
4.2.2.6. Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa (QAE-AN)	87
4.2.2.7. Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa	90
4.2.3. Procedimento	91
4.2.4. Investigação quantitativa: Procedimentos estatísticos	92
4.2.5. Investigação qualitativa: Procedimentos de análise de dados	93
Capítulo V: Resultados quantitativos	96
5.1. Características demográficas	97
5.2. Relação entre o índice de massa corporal e o funcionamento emocional	97

5.3. Ansiedade, depressão, alexitimia, e dificuldades de regulação emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos.....	100
5.4. O papel da ansiedade e da depressão no funcionamento emocional durante a fase recuperada da anorexia nervosa	104
5.5. Frequência e a intensidade emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos.....	104
5.5.1. QAE-AN (Parte I).....	104
5.5.2. QAE-AN (Parte II).....	108
Capítulo VI: Resultados qualitativos	110
6.1. Fatores relacionados com a doença e com a recuperação	113
6.1.1. Fatores relacionados com a etiologia da doença.....	113
6.1.2. Fatores relacionados com a recaída da doença	122
6.1.3. Fatores relacionados com a recuperação da doença	126
6.2. Estratégias de regulação emocional utilizadas ao longo do curso da doença.....	132
6.3. Lidar com as emoções primárias após a recuperação da anorexia nervosa.....	140
6.4. Os aspetos mais positivos e negativos da terapia.....	141
6.4.1. Aspetos mais positivos da terapia.....	141
6.4.2. Aspetos mais negativos da terapia.....	143
6.4.3. Aspetos a melhorar na terapia.....	144
6.5. Perspetiva sobre a recuperação.....	147
Discussão.....	149
Limitações	160
Conclusão geral.....	166
Referências bibliográficas	170
Anexos.....	191

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Ranking dos critérios emocionais mais importantes na definição de recuperação	63
Quadro 2 Número de meses de estabilização do índice de massa corporal	82
Quadro 3 Estímulos incluídos no QAE-AN - Parte II.....	89
Quadro 4 Fatores etiológicos da anorexia nervosa.....	115
Quadro 5 Fatores etiológicos percebidos como os mais influentes na anorexia nervosa	122
Quadro 6 Fatores percebidos como determinantes na recaída da anorexia nervosa	123
Quadro 7 Fatores percebidos como fundamentais na recuperação da anorexia nervosa	127
Quadro 8 Estratégias de regulação emocional utilizadas antes do aparecimento da anorexia nervosa	134
Quadro 9 Estratégias de regulação emocional utilizadas após a recuperação da anorexia nervosa	137
Quadro 10 Lidar com as emoções primárias após a recuperação da anorexia nervosa	141

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Correlações entre o índice de massa corporal e ansiedade, depressão, alexitimia, e dificuldades de regulação emocional	98
Tabela 2 Ansiedade, depressão, alexitimia, e dificuldades de regulação emocional (valores totais): Análise longitudinal e comparação entre grupos.....	101
Tabela 3 Alexitimia e dificuldades de regulação emocional (fatores e subescalas): Análise longitudinal e comparação entre grupos	103
Tabela 4 Frequência emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos ..	106
Tabela 5 Intensidade emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos..	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema resumo: Fatores etiológicos, de recaída e de recuperação da Anorexia Nervosa	112
Figura 2 Esquema resumo: Estratégias de regulação emocional presentes ao longo do curso da Anorexia Nervosa.....	133

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A Entrevista semi-estruturada sobre a regulação emocional na anorexia nervosa	192
Anexo B Declaração de consentimento	203

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, a comunidade científica tem dado relevo ao estudo do processamento emocional em indivíduos recuperados da anorexia nervosa.

Efetivamente, a literatura tem vindo a explorar e a tentar esclarecer se as dificuldades em identificar, distinguir, descrever e regular as emoções estão limitadas à fase ativa da anorexia nervosa, como consequência do estado de inanição e da presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, ou é uma característica que permanece mesmo e após a recuperação da doença. Esclarecer esta dúvida assume-se de extrema importância uma vez que a adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos (e.g., restrição alimentar, comportamentos purgativos) e a manutenção da doença surge, em alguns indivíduos com anorexia nervosa, como um escape para evitar lidar com as emoções. Se a vivência emocional, mesmo e após a recuperação da anorexia nervosa, for vivenciada como confusa e algo a evitar, existe, deste modo, o risco de recaída da doença.

Apesar do interesse em se avançar no conhecimento, os estudos que exploram o funcionamento emocional em indivíduos recuperados da anorexia nervosa são escassos, e os resultados incongruentes. Para além disso, os estudos existentes são maioritariamente transversais, o que impede de acompanhar a evolução das dificuldades emocionais sentidas pela mesma amostra de participantes desde a fase aguda da anorexia nervosa até à recuperação a longo prazo da doença. E, recorreram, maioritariamente, a questionários de avaliação psicológica para recolher os dados. Esta opção única pela metodologia quantitativa pode revelar-se limitativa uma vez que os participantes, ao apresentarem dificuldades em identificar e descrever as emoções, podem ter dificuldade em selecionar a opção que melhor se adequa ao seu estado emocional (e.g., Aldao et al., 2010; Caglar-Nazali et al., 2014).

Neste sentido, a presente investigação consiste num estudo de *follow-up* de 15 anos, e foi desenhada tendo em consideração uma metodologia mista.

A partir da análise quantitativa, a presente dissertação tem como objetivo avaliar se as dificuldades cognitivas ao nível do processamento das emoções permanecem após a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa. Para além disso, pretende explorar o papel da ansiedade e da depressão no funcionamento emocional das participantes

recuperadas da anorexia nervosa. E, pretende estender o estudo à análise da experiência emocional, através da investigação da frequência das emoções básicas vividas no dia-a-dia, e da intensidade das emoções sentidas perante situações hipotéticas.

A partir da análise qualitativa, a presente dissertação pretende explorar a visão das participantes sobre os seus processos de recuperação, nomeadamente o papel das emoções e mecanismos de regulação presentes na etiologia, desenvolvimento, recaída e recuperação da doença. Mais especificamente, pretende explorar as estratégias de regulação emocional usadas, e avaliar, de acordo com as suas perspetivas, a possível associação entre a adoção de estratégias de regulação emocional adaptativas e a recuperação e manutenção dos ganhos terapêuticos.

O presente estudo é composto por duas partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico e a segunda parte ao estudo empírico.

O **enquadramento teórico** inicia-se com a definição da anorexia nervosa de acordo com a última versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, o DSM-5 (APA, 2013), e respetiva comparação com a penúltima versão do DSM, o DSM-IV-TR (APA, 2000). Uma vez que as participantes do presente estudo foram diagnosticadas com anorexia nervosa de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (cf. Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres et al., 2011), houve a necessidade de avaliar se da presença da anorexia nervosa. Neste primeiro capítulo será ainda discutida a prevalência da anorexia nervosa e os impactos da mesma ao nível clínico e social.

A recusa em alcançar um peso ideal, mesmo e apesar das consequências físicas identificadas, justificou o investimento, por parte da comunidade científica, no estudo dos fatores etiológicos e de manutenção da doença, assim como das variáveis que coocorrem com a patologia alimentar. Neste sentido, no segundo capítulo, será, igualmente, explorada a contribuição da alexitimia e das dificuldades de regulação emocional no desenvolvimento e manutenção da doença, assim como a presença da sintomatologia ansiosa e depressiva em indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa. E, serão revistos os estudos que investigam a experiência emocional destes indivíduos, com especial enfoque na análise da frequência das emoções primárias

sentidas no dia-a-dia, e na intensidade das emoções percebidas perante situações hipotéticas.

No terceiro capítulo, serão identificadas e analisadas as diferentes definições de recuperação e as várias taxas de recuperação da doença, e procurar-se-á colocar em evidência as dificuldades que os indivíduos com anorexia nervosa apresentam ao nível do funcionamento emocional. Apesar desta evidência, será refletida a dificuldade de estabelecimento de nexos causais uma vez que fica por esclarecer se estas dificuldades estão limitadas à fase ativa da doença, como consequência do estado de inanição e da presença de variáveis comórbidas, ou se constituem uma vulnerabilidade pré-mórbida que favorece a adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos como uma estratégia de regulação emocional. Por fim, serão ainda descritos os modelos de intervenção psicológica mais utilizados no tratamento da anorexia nervosa, onde será dado particular ênfase aos tratamentos com enfoque na componente emocional.

O **estudo empírico** inicia-se com a descrição da amostra que compõe o presente estudo, assim como as medidas de recolha de informação que permitiram a obtenção dos resultados. Os resultados das análises quantitativas e qualitativas foram apresentados nos capítulos V e VI, respetivamente, e foram discutidos no capítulo VII à luz dos conhecimentos atuais.

Para finalizar, identificamos as limitações da presente investigação e, salientamos as conclusões gerais assim como as implicações práticas dos resultados obtidos.

PARTE A:
ENQUADRAMENTO TEÓRICO



CAPÍTULO I:

A ABORDAGEM CLÍNICA DA ANOREXIA NERVOSA

O termo “anorexia” significa redução ou perda de apetite da qual resulta uma extrema magreza. Apesar do seu significado, o termo “anorexia” tem vindo a ser amplamente utilizado, ao longo dos anos, mesmo e perante casos de magreza que nem sempre surgem como sequência da perda ou falta de apetite.

O termo anorexia foi inicialmente utilizado na Idade Média, a época da Anorexia Santa, para descrever as mulheres extremamente magras que se recusavam em alimentar. Nesta época, as mulheres acreditavam que através do jejum alcançavam o estado de pureza, de santidade e de comunhão com Deus (Hepworth, 1999; Weinberg et al., 2005). A interpretação do alcance da divindade pela capacidade de sobreviver sem alimento foi dando lugar à interpretação desta capacidade como uma possessão demoníaca, onde o exorcismo era o tratamento mais adequado (Vandereycken & van Deth, 1996).

Efetivamente, ao longo da história, assistiu-se a várias mudanças na interpretação da restrição alimentar até a mesma ser considerada em termos médicos, no século XVII. Em 1694, a doença caracterizada por diminuição do apetite, amenorreia, aversão à comida, e hiperatividade, foi designada por Morton como “atrofia nervosa”. E, em 1873 como “anorexia histérica” por Lasègue. Posteriormente, em 1874, Gull utilizou a definição “anorexia nervosa”, termo que perdura até aos dias de hoje (Silverman, 1992, 1997; Vandereycken & van Deth, 1996), para diagnosticar os casos de emaciação, perda de apetite, amenorreia, obstipação e diminuição dos sinais vitais, cujo tratamento incluía a ingestão alimentar regular e com quantidades crescentes, bem como a monitorização e controlo por parte da família e amigos. Contudo, durante esta época, os casos de abstinência alimentar, sem aparente causa orgânica, eram, várias vezes, concetualizados como um sintoma secundário a um quadro mental, como por exemplo a demência e a mania, e, conseqüentemente, encaminhados para os manicómios uma vez que a alimentação forçada constituía uma especialidade da medicina destas instituições (van Deth & Vandereycken, 2000).

Foi apenas no século XX que a anorexia nervosa assumiu uma identidade nosológica independente, difundindo-se ao nível da psiquiatria e da psicologia. A sua terminologia passou a ser amplamente utilizada e as teorias explicativas sobre as causas e manutenção da doença, assim como os tratamentos associados, desenvolveram-se

(Vandereycken & van Deth, 1996). Contudo, atualmente, ainda existem algumas questões por esclarecer relativamente à definição e classificação da anorexia nervosa, nomeadamente se os termos “anorexia” e “nervosa” são os que melhor refletem esta perturbação, e se deve ser enquadrada no espectro das perturbações da alimentação e da ingestão.

A anorexia nervosa é uma perturbação da alimentação e da ingestão (APA, 2013), e é caracterizada pela restrição alimentar e significativa perda de peso. Apesar da caquexia evidenciada, os indivíduos mantêm comportamentos que visam perpetuar a perda de peso (Bulik et al., 2005).

Tendo em consideração esta descrição geral da doença, a utilização do termo “anorexia” poderá não ser o mais adequado uma vez que a perda de peso não surge como uma consequência da perda de apetite, desejo e/ou interesse pela comida, mas sim como uma consequência da procura de um corpo magro, e de um medo excessivo de engordar mesmo perante um estado marcado de emagrecimento (Bulik et al., 2005).

A utilização do termo “nervosa” levanta, igualmente, algumas questões. A designação de anorexia nervosa tem concorrido com a designação de anorexia “mental”, mais utilizada na literatura francesa, espanhola, e na psiquiatria portuguesa mais tradicional. Contudo, nem o termo “nervosa” nem o termo “mental”, por terem uma conotação de fundo psiquiátrico, definem a verdadeira índole da doença.

Para além disso, a anorexia nervosa foi classificada como uma perturbação do comportamento alimentar (DSM-IV-TR; APA, 2000). Contudo, esta classificação não foi considerada a mais correta uma vez que a magreza, a característica central da anorexia nervosa, resulta das preocupações de controlo, sendo as alterações do comportamento alimentar um sintoma secundário (Garfinkel & Garner, 1982). Atualmente, a anorexia nervosa é classificada como sendo uma perturbação da alimentação e da ingestão (APA, 2013), contudo a observação colocada por Garfinkel e Garner (1982) continua a ser pertinente.

As questões levantadas relativamente à definição e classificação da anorexia nervosa surgem na sequência do maior conhecimento existente relativamente a esta

doença ao longo do tempo. Contudo, e apesar destas questões, o termo anorexia nervosa continua a prevalecer, e a ser mundialmente utilizado.

Atualmente, existem dois sistemas de classificação da anorexia nervosa utilizados mundialmente: o da World Health Organization (WHO), através da International Classification of Diseases (ICD-11; WHO, 2018), e o da American Psychiatric Association, através do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2013).

1.1. Definição de anorexia nervosa de acordo com ICD-11: Pontos em comum com o ICD-10

De acordo com a International Classification of Diseases (WHO, 2018), a anorexia nervosa é definida de acordo com três critérios. Esta versão da anorexia nervosa sofreu algumas alterações relativamente à versão anterior (ICD-10; WHO, 1992):

Critério A: peso corporal significativamente baixo para a altura, idade, fase de desenvolvimento, e histórico de peso do indivíduo que não se deve à indisponibilidade de alimentos, e não é melhor explicado por outra condição médica. Em adultos o índice de massa corporal deverá ser inferior a 18.5 kg/ m^2 , e em crianças ou adolescentes o índice de massa corporal deverá estar abaixo do quinto percentil. Com a nova versão do ICD, o limite para determinar o baixo peso aumentou de 17.5 Kg/ m^2 para 18.5 kg/ m^2 .

Critério B: padrão comportamental persistente que impede a restauração do peso normal (e.g., restrição alimentar, comportamentos purgativos, e/ou aumento do gasto energético), associado ao medo de engordar. Na versão anterior do ICD, o critério B especificava que a perda de peso resultava do evitamento de “alimentos que engordam” (WHO, 1992), algo que não acontece nesta versão.

Critério C: o baixo peso e/ou forma corporal são sobrevalorizados, e são centrais na autoavaliação dos indivíduos, ou são inapropriadamente percebidos como normais. No critério C, com a nova versão do ICD, há a inclusão da autoavaliação como

dependente do peso e formas corporais. E, o critério amenorreia nas mulheres, perda do interesse e potência sexual nos homens, e atraso nas alterações pubertárias deixaram de ser um requisito.

A anorexia nervosa pode ser definida segundo um dos seguintes subtipos:

- **padrão restritivo:** a perda de peso consegue-se maioritariamente através da restrição alimentar, jejum e/ou gasto energético;
- **padrão ingestão compulsiva/purgativo:** a perda de peso consegue-se maioritariamente através da restrição alimentar acompanhada de comportamentos purgativos.

1.2. Definição de anorexia nervosa de acordo com DSM-5: Pontos em comum com o DSM-IV-TR

A definição da anorexia nervosa, de acordo com o DSM-5 (APA, 2013) surgiu em 2013, treze anos após a penúltima versão (DSM-IV-TR; APA, 2000), na sequência da revisão e atualização dos critérios de diagnóstico em vigor. De acordo com o DSM-5, a anorexia nervosa é uma perturbação da alimentação e da ingestão da qual resultam alterações ao nível do consumo ou absorção dos alimentos e défices significativos na saúde física e/ou no funcionamento psicossocial (APA, 2013).

A última versão do diagnóstico manteve alguns pontos em comuns com a penúltima versão do DSM (APA, 2000). Contudo, surgiram algumas diferenças entre as duas versões que devem ser alvo de análise:

Critério A: restrição do consumo de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. O peso significativamente baixo é definido como um peso corporal abaixo do nível normal mínimo ou, para crianças e adolescentes, abaixo do peso esperado (APA, 2013, p. 405). Com a nova versão do DSM, o limite para determinar o baixo peso aumentou de 17.5 Kg/ m² para 18.5 kg/ m².

Critério B: medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando tem um peso significativamente baixo (APA, 2013, p. 405). Com a nova versão do DSM, o medo de aumentar de peso não necessita de ser verbalizado caso os comportamentos que impeçam o aumento de peso possam ser observados.

Critério C: perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual (APA, 2013, p. 405). Não houve alterações em relação ao critério C, com a nova versão do DSM, e o critério amenorreia deixou de ser um requisito.

A anorexia nervosa pode ser definida segundo um dos seguintes subtipos:

- **tipo restritivo:** durante os últimos três meses, o indivíduo não recorreu a episódios de ingestão alimentar compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes (i. e., provocar o vômito ou mau uso de laxantes, diuréticos ou enemas). Este subtipo descreve as formas clínicas nas quais a perda de peso se consegue principalmente com dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo (APA, 2013, p. 405);
- **tipo ingestão compulsiva/purgativo:** durante os últimos três meses, o indivíduo recorreu a episódios de ingestão alimentar compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes (APA, 2013, p. 405).

A definição de um espaço temporal de três meses, no DSM-5, prende-se com o facto de que, como a mudança de subtipo ao longo da evolução da doença não é rara, a definição do subtipo de anorexia nervosa deve ser utilizada para descrever os sintomas atuais e não a evolução longitudinal (APA, 2013).

Em suma, independentemente do sistema de classificação utilizado (APA, 2013; WHO, 2018), a perda de peso e/ou um baixo peso constitui uma condição necessária para o diagnóstico da anorexia nervosa, cujo valor de referência do índice de massa

corporal é de 18.5 kg/ m². Na ICD-11 (WHO, 2018), está, igualmente, definido que o índice de massa corporal de crianças ou adolescentes deverá estar abaixo do quinto percentil para ser considerado um critério de diagnóstico da anorexia nervosa.

Para além disso, os critérios medo de engordar, a influência do peso e formas corporais na autoavaliação e/ou a ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso deverão, igualmente, estar presentes.

Em ambos os sistemas de classificação, a definição da anorexia nervosa distingue os indivíduos que adotam um comportamento alimentar restritivo daqueles que, também, enveredam por comportamentos purgativos, como forma de eliminação calórica, e conseqüente perda de peso. Porém, no DSM-5 (APA, 2013) esta classificação tem em consideração o período temporal de três meses, algo que não se verifica no ICD-11 (WHO, 2018).

Face ao exposto, a anorexia nervosa tem uma entidade nosológica que a torna distinta das outras perturbações da alimentação e da ingestão, nomeadamente a bulimia nervosa, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva, a perturbação da alimentação e da ingestão com outra especificação, e a perturbação da alimentação e da ingestão não especificada.

Contudo, atualmente, defende-se que a anorexia nervosa partilha alguma psicopatologia de natureza cognitiva com estas perturbações do comportamento alimentar. Mais especificamente, os indivíduos diagnosticados com estas perturbações partilham a tendência para se autoavaliarem mediante o seu peso, forma corporal e capacidade de controlo dos mesmos (e.g., Cooper & Grave, 2017; Solmi et al., 2018). Esta teoria transdiagnóstica realça, deste modo, as características nucleares da psicopatologia que não são partilhadas por mais nenhuma perturbação mental.

Para além disso, a teoria transdiagnóstica realça que é comum os indivíduos serem diagnosticados com outras perturbações da alimentação e da ingestão em diferentes fases da vida. Mais especificamente, metade dos indivíduos inicialmente diagnosticados com anorexia nervosa apresentaram, subseqüentemente, os critérios de diagnóstico de bulimia nervosa. E, alguns indivíduos diagnosticados com a perturbação da alimentação e da ingestão não especificada foram diagnosticados, no passado, com anorexia e/ou bulimia nervosa. Neste sentido, a teoria transdiagnóstica alerta para a

necessidade de o plano de tratamento incluir a intervenção terapêutica nessas alterações cognitivas e ser transversal aos vários diagnósticos (e.g., Cooper & Grave, 2017; Solmi et al., 2018).

1.3. A prevalência, desenvolvimento e curso da anorexia nervosa

As alterações nos critérios de diagnóstico da anorexia nervosa levaram-nos a explorar a taxa de prevalência desta perturbação, i.e., o número atual de casos de anorexia nervosa na população uma vez que uma definição menos restritiva (APA, 2013), em comparação com a versão anterior (APA, 2000), pode ter conduzido a um aumento do número de casos.

Nos estudos onde o mesmo grupo de participantes foi diagnosticado de acordo com os critérios do DSM-IV e do DSM-5, verificou-se que o total da amostra aumentou quando foram tidos em consideração os critérios de diagnóstico da versão mais recente do DSM (e.g., Mancuso et al., 2015; Mustelin et al., 2016). Mais detalhadamente, no estudo levado a cabo por Mancuso et al. (2015), com o mesmo grupo de participantes ($n = 117$), o número de participantes diagnosticados com anorexia nervosa de acordo com o DMS-5 aumentou de 41 para 55. Na mesma linha, no estudo comunitário levado a cabo por Mustelin et al. (2016), na Finlândia, com uma amostra de 2825 participantes, os autores verificaram que 55 participantes reuniram os critérios de diagnóstico da anorexia nervosa de acordo com o DSM-IV, e esse número aumentou para 92 quando os critérios adotados foram os do DSM-5.

No momento em que levamos a cabo a pesquisa acerca dos estudos que avaliam a taxa de prevalência da anorexia nervosa, à luz dos critérios de diagnóstico do DSM-5, deparamo-nos apenas com dois estudos (Smink et al., 2014; Stice et al., 2013). No estudo comunitário levado a cabo por Stice et al. (2013), 0.8% de um total de 496 adolescentes apresentaram o diagnóstico de anorexia nervosa. Um ano depois, Smink et al. (2014) levaram a cabo um outro estudo comunitário composto por 2230 participantes. Contudo, e por se tratar de um estudo longitudinal, assistiu-se a uma perda de participantes ao longo do estudo. Neste sentido, foram avaliados inicialmente na fase de pré-adolescência, e acompanhados periodicamente até alcançar o início da idade adulta 1881 participantes. Deste total, foram identificados 16 participantes (0.86%) com o

diagnóstico de anorexia nervosa, onde 43.8% foi classificado com o subtipo restritivo e os restantes 56.2% com o tipo ingestão compulsiva/purgativo. Dos 16 participantes, um era homem.

Os resultados obtidos nestes dois estudos vão ao encontro da informação mencionada no DSM-5 (APA, 2013). Efetivamente, a anorexia nervosa tem, maioritariamente, início durante a adolescência ou início da fase adulta, e habitualmente surge associada a um acontecimento de vida stressante. A prevalência a 12 meses da anorexia nervosa, em mulheres jovens, é de aproximadamente 4%. Apesar de não serem conhecidos os valores relativos à prevalência da doença no sexo masculino, calcula-se que a relação mulher-homem seja de 10:1, aproximadamente. Defende-se, igualmente, que a anorexia nervosa seja mais prevalente nas sociedades industrializadas, contudo para confirmar esta informação são necessários estudos sobre a incidência e prevalência desta doença em países de baixos e médios rendimentos (APA, 2013).

Na maioria dos indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa, assiste-se a uma remissão dos sintomas nos primeiros seis anos após o início da perturbação alimentar (e.g., Keel & Brown, 2010; Strobel et al., 2019). Contudo, o desenvolvimento e curso da anorexia nervosa pode assumir várias formas uma vez que alguns indivíduos recuperam completamente da doença após um único episódio. Enquanto outros exibem um padrão flutuante marcado por ganhos ponderais e recidivas. E, outros apresentam uma evolução crónica e deteriorante que se estende por muitos anos. Para além disso, o estado de inanição da anorexia nervosa aliado, por vezes, a comportamentos purgativos pode resultar em condições médicas graves. Efetivamente, através dos resultados dos estudos analíticos, exames complementares de diagnóstico e identificação da presença de sinais e sintomas físicos como são exemplo, diminuição dos tipos celulares, anemia, hipercolesterolemia, hipotensão, bradicardia, hipotermia, densidade mineral óssea baixa, amenorreia, presença de lanugo, e obstipação é possível evidenciar a gravidade clínica associada à restrição alimentar e consequente perda de peso. Por sua vez, os indivíduos que induzem o vómito podem, igualmente, apresentar hipertrofia das glândulas salivares, principalmente as parótidas, bem como erosão do esmalte dentário, e cicatrizes ou calosidades no dorso da mão resultantes do contato repetido desta com os dentes (e.g., APA, 2013; Himmerich et al., 2010).

As complicações médicas graves, consequentes da anorexia nervosa, podem resultar na hospitalização e/ou morte (e.g., Birmingham et al., 2005; Himmerich et al., 2019; Zipfel et al., 2000). A taxa de mortalidade é de cerca de 5% por década e é referente à morte como consequência de complicações médicas associadas e à morte como consequência de suicídio, cuja taxa é de 12 por 100 000 por ano (APA, 2013). Efetivamente, os participantes com o diagnóstico de anorexia nervosa experienciam mais ideações suicidas e recorrem mais frequentemente à prática do suicídio do que a população em geral (e.g., Cliffe et al., 2020; Keshaviah et al., 2014; Pompili et al., 2004).

O desenvolvimento e o curso da anorexia nervosa não têm, apenas, impacto ao nível da saúde e bem-estar físico, tal como temos vindo a destacar neste ponto. Os indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa apresentam, igualmente, dificuldades ao nível do funcionamento social. A tendência para se autoavaliarem mediante a forma e peso corporal (Fairburn et al., 2003), em indivíduos que apresentam perturbações na própria apreciação do peso ou forma corporal (APA, 2013), está associada à vergonha (Blythin et al., 2020), baixa autoestima e à avaliação negativa do próprio corpo, e consequentemente às dificuldades e evitamento relacional (e.g., Keating et al., 2013; Mendelson et al., 2001). Efetivamente, os indivíduos com anorexia nervosa interpretam as situações sociais como ameaçadoras uma vez que se comparam negativamente em relação aos outros, e consequentemente estão preocupados com as avaliações que os outros fazem de si (e.g., Grabhorn et al., 2006; Treasure et al., 2012). As dificuldades sociais dos indivíduos com anorexia nervosa foram evidenciadas, por exemplo, através de elevados níveis de ansiedade social (Grabhorn et al., 2006), baixos níveis de empatia (Morris et al., 2014), anedonia social, i.e., pouco interesse nas atividades/ relacionamentos sociais (Tchanturia et al., 2012), dificuldades em reconhecer as emoções faciais (Oldershaw et al., 2010), e menor contato e desejo sexual quando comparado com o grupo de controlo (e.g., Gonidakis et al., 2015).

As complicações médicas graves assim como as dificuldades ao nível do funcionamento social, aliadas ao medo em alcançar um peso saudável, conduziram a comunidade científica a explorar os fatores que possam ter estado na origem e na manutenção da doença, assim como as variáveis que coocorrem com frequência com a perturbação alimentar.

Face ao exposto, no próximo capítulo iremos explorar os possíveis fatores etiológicos e de manutenção da anorexia nervosa.



CAPÍTULO II:

A ABORDAGEM EMOCIONAL DA ANOREXIA NERVOSA

2.1. Fatores etiológicos da anorexia nervosa

Atualmente, existe um largo consenso entre clínicos e investigadores de que a etiologia da anorexia nervosa é multideterminada, resultando de uma interação complexa de fatores psicológicos, biológicos, familiares e socioculturais (e.g., Connan et al., 2003; Treasure et al., 2012; Treasure & Schmidt, 2013).

Existe uma linha de investigação que defende que o desenvolvimento da anorexia nervosa pode ser uma consequência da influência da família. Esta influência pode surgir através da herança genética uma vez que a probabilidade de os familiares, em primeiro grau, dos indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa desenvolverem esta perturbação do comportamento alimentar é entre 7 a 12 vezes maior do que os familiares dos controlos saudáveis (Herpertz-Dahlmann, 2011). Por sua vez, os estudos com participantes gêmeos vêm reforçar esta teoria ao demonstrarem taxas de prevalência entre 50 a 75% com o diagnóstico de anorexia nervosa em comparação com participantes sem irmãos gémeos (Herpertz-Dahlmann, 2011). E, para além disso, a predisposição genética dos indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa manifesta-se desde a infância através de traços da personalidade comuns na doença, nomeadamente a inibição, o perfeccionismo, traços obsessivos, fobia social, ansiedade de separação e/ou evitamento do contacto físico (e.g., Connan et al., 2003; Herpertz-Dahlmann, 2011).

Uma outra linha de investigação, mais focada na análise da relação familiar dos indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa, destacou um outro fator que pode ter tido influência no desenvolvimento da anorexia nervosa: o estilo de vinculação parental. A exposição a um padrão de vinculação inseguro, ansioso, ausente, conflituoso, controlador e/ou demasiado protetor pode ter dificultado o desenvolvimento emocional da criança uma vez que, mediante o estilo de vinculação, a criança não teve a oportunidade de expressar ou lidar com as emoções, resolver problemas, e/ou lidar com a crítica negativa (Connan et al., 2003; Herpertz-Dahlmann, 2011; Treasure et al., 2012).

A entrada na adolescência constituiu, igualmente, um outro marco importante no desenvolvimento da anorexia nervosa uma vez que está frequentemente associada a

alterações corporais que vão no sentido oposto ao ideal de beleza divulgado nos meios de comunicação social nas culturas ocidentais. Neste sentido, a procura em alcançar um corpo magro, que vá ao encontro padrão de beleza defendido, pode conduzir à restrição alimentar e à adoção de comportamentos purgativos. Esta influência sociocultural é particularmente visível nos circuitos em que o corpo está mais exposto, como são exemplo do mundo da moda e do desporto (Connan et al., 2003; Herpertz-Dahlmann, 2011).

A literatura é consensual ao identificar fatores biológicos, familiares e socioculturais como importantes no desenvolvimento e manutenção da anorexia nervosa. Contudo, e independentemente deste consenso, a literatura tem, igualmente, destacado o papel das dificuldades de processamento emocional no desenvolvimento e manutenção da doença.

Revisões sistemáticas da literatura encontraram, em amostras de participantes com o diagnóstico de anorexia nervosa, evidência de dificuldades significativas ao nível relacional, i.e., sentem-se inseguros em estabelecer um vínculo afetivo com os outros (Caglar-Nazali et al., 2014), dificuldades em reconhecer e descrever as emoções faciais (Caglar-Nazali et al., 2014, Oldershaw et al., 2011), dificuldades em fazer inferências sobre os pensamentos, desejos, emoções, e intenções comportamentais dos outros (Oldershaw et al., 2010), dificuldades de regulação emocional (Aldao et al., 2010; Hatch et al., 2010; Oldershaw et al., 2015), e elevados níveis de alexitimia (Caglar-Nazali et al., 2014; Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017), quando comparados com um grupo de controlo.

Estes resultados suportam o que foi escrito por Lasègue, em 1873, quando descreveu as jovens com anorexia histérica como pessoas que sofrem com algumas emoções que descrevem e/ou escondem (Vandereycken & van Deth, 1996). E, quando um século mais tarde, Hilde Bruch identificou, nas mulheres com anorexia nervosa, a dificuldade em identificar estados e respostas emocionais (Brunch, 1962). Estes resultados suportam, igualmente, os modelos teóricos que defendem que a anorexia nervosa surge como uma estratégia para evitar lidar e/ou regular as emoções.

O modelo *Schematic Propositional Analogical Associative Representation System* (SPAARS ED; Fox & Power, 2009) defende que as perturbações do

comportamento alimentar funcionam como uma estratégia de inibição emocional, e como tal devem ser consideradas como uma extensão dessas perturbações. Mais especificamente, este modelo defende que os indivíduos com perturbações do comportamento alimentar têm representações muito específicas de si (e.g., “eu inferior”, “eu fraco”) e do contexto social (e.g., “os outros são mais importantes e melhores”, “o mundo é um lugar perigoso”, “o mundo é ameaçador”, “os outros são injustos”), pelo que alguns contextos e/ou situações podem ser considerados como ameaçadores, e difíceis de lidar, e conseqüentemente a evitar.

Os autores destacam duas emoções centrais nas perturbações do comportamento alimentar: a cólera e o nojo. A cólera pode ser experienciada quer em relação a si próprio, quer em relação aos outros. Por sua vez, a experiência de nojo, decorrente da vivência de situações relacionadas com o corpo e a alimentação (e.g., percepção de que a roupa está mais apertada, cheirar comida a ser cozinhada, visualizar-se gordo ou a comer), conduz a que os indivíduos se foquem no corpo e no comportamento alimentar. Este foco inibe a experiência de cólera, algo que levou os autores a defender que estas duas emoções estão acopladas. O potencial uso do nojo como estratégia para suprimir e redirecionar a experiência de cólera é central neste modelo, mas, também, é importante na diminuição da experiência de ansiedade e depressão, perturbações comórbidas das perturbações do comportamento alimentar. Através da restrição alimentar e da adoção de comportamentos compensatórios (e.g., vômito, exercício físico), os níveis de ansiedade e depressão diminuem uma vez que o foco está direcionado para o corpo e para a alimentação (Fox & Power, 2009).

Anos depois, Haynos e Fruzzetti (2011) propuseram o *Transactional Model of Emotion Regulation*. Este modelo defende que as dificuldades em regular as emoções resultam de vulnerabilidades emocionais, nomeadamente características temperamentais (e.g., sensibilidade e reatividade emocional). Mais especificamente, os indivíduos com anorexia nervosa são particularmente sensíveis e reativos a estímulos relacionados com o corpo e com a alimentação. Adicionalmente, os indivíduos com anorexia nervosa experienciam vulnerabilidades decorrentes da própria perturbação do comportamento alimentar (e.g., fome por falta de uma alimentação adequada, fadiga por excesso de exercício físico, alteração do estado clínico, alteração do padrão de sono)

que intensificam as vulnerabilidades emocionais. Este modelo postula, igualmente, que os indivíduos com anorexia nervosa foram alvo de concepções relativamente ao peso e formas corporais, por parte de familiares e por parte da cultura em que foram inseridos.

Os dois fatores aliados aumentam a probabilidade de os indivíduos terem dificuldades em regular as emoções. Mais especificamente, perante a experiência de emoções despoletadas por situações relacionadas com o corpo e alimentação (e.g., comer, ver-se ao espelho), os indivíduos experienciam um aumento da intensidade emocional, nomeadamente de ansiedade e de vergonha, assim como de pensamentos associados (e.g., “estou gordo(a)”) que, por sua vez, contribuem para o aumento da intensidade emocional sentida e desregulação emocional. A desregulação emocional manifesta-se através de comunicações que não correspondem ao estado emocional e ou ao estado físico dos indivíduos (e.g., “não estou com fome”), ou através de comportamentos alimentares mal-adaptativos (e.g., restrição alimentar). Este tipo de comportamentos promove a diminuição da intensidade emocional assim como a perda ponderal uma vez que o foco de atenção é redirecionado das emoções sentidas para o corpo e alimentação. Neste sentido, a anorexia nervosa serve como uma estratégia de escape emocional.

Contudo, a perda de peso é frequentemente acompanhada de críticas por parte de terceiros algo que, conseqüentemente, promove o aumento da intensidade emocional sentida por parte dos indivíduos com anorexia nervosa. Assim sendo, os indivíduos reforçam a adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos como forma de diminuir a intensidade emocional sentida. A persistência da adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos conduz, em última instância, ao estado de inanição, que é caracterizada pela sensação de fome, fadiga, diminuição da concentração, e que, por sua vez, conduz ao aumento das vulnerabilidades emocionais (Haynos & Fruzzetti, 2011).

Mais recentemente, Treasure e Schmidt (2013) propuseram o *Cognitive-Interpersonal Maintenance Model*. Este modelo postula que a etiologia e manutenção da anorexia nervosa decorrem da interação de fatores cognitivos, socio-emocionais e interpessoais.

De acordo com este modelo, os indivíduos com anorexia nervosa são extremamente focados no detalhe, e são rígidos e inflexíveis no cumprimento de regras

e no alcance de objetivos. Os familiares destes indivíduos podem partilhar alguns destes traços obsessivos, algo que se reflete na rigidez, controlo e excesso de proteção parental de que os indivíduos foram alvo durante a infância e adolescência. E, o evitamento social, decorrente da ansiedade social e de estilos de vinculação inseguros, pode estar presente antes do aparecimento da doença. Adicionalmente, os indivíduos com anorexia nervosa apresentam um aumento do foco da atenção perante situações sociais consideradas como ameaçadoras. E, têm dificuldades em identificar as próprias emoções, assim como fazer inferências acerca das emoções e intensões dos outros.

Em suma, as dificuldades ao nível no relacionamento interpessoal e processamento emocional, aliadas ao foco no detalhe e inflexibilidade mental, podem constituir uma vulnerabilidade para o aparecimento da anorexia nervosa, assim como para a sua manutenção (Treasure & Schmidt, 2013).

Com base nesta perspetiva de que as dificuldades cognitivas ao nível do processamento das emoções têm sido destacadas como um fator presente na anorexia nervosa, na presente dissertação será dado especial enfoque ao papel da alexitimia e das dificuldades de regulação emocional na etiologia e manutenção da perturbação alimentar.

2.1.1. A alexitimia na anorexia nervosa

O termo alexitimia, pela sua raiz etimológica (*a* – não, *lexis* – palavra, *thimos* – afetividade), significa “sem palavras para os sentimentos” (Lesser, 1981). Este termo foi, inicialmente, identificado por Sifneos (1973) para descrever um conjunto de características identificadas em doentes psicossomáticos, nomeadamente dificuldades em identificar os sentimentos, dificuldades em diferenciar os sentimentos das sensações corporais, processos imaginativos limitados (poucos sonhos ou fantasias), e estilo cognitivo orientado para o exterior. Estas dificuldades refletem a perspetiva de que as características da alexitimia resultam de défices no processamento cognitivo das emoções e na regulação dos estados emocionais (Taylor et al., 1997) uma vez que o indivíduo alexitímico tem dificuldades em as identificar e comunicar as emoções sentidas (Berenbaum & Irvin, 1996). Estas dificuldades acarretam, deste modo,

dificuldades intrapessoais e interpessoais uma vez que os indivíduos alexitímicos têm dificuldades em compreender as suas emoções mas, igualmente, em identificar-se com as emoções dos outros (Taylor, 1984).

Desde a primeira vez que foi identificada em 1973 até à data atual, a definição da alexitimia sofreu algumas alterações. Atualmente, a alexitimia é maioritariamente avaliada através da Escala de Alexitimia de Toronto onde são considerados três fatores: dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais, dificuldade em descrever os sentimentos aos outros, e estilo de pensamento orientado para o exterior (Bagby et al., 1994). Esta escala tem sido amplamente utilizada para avaliar a presença da alexitimia junto dos vários quadros de perturbação mental, como é exemplo a anorexia nervosa.

Estudos de revisão da literatura reportaram elevados níveis de alexitimia (Caglar-Nazali et al., 2014; Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017) em doentes com o diagnóstico de anorexia nervosa, com taxas de prevalência acima dos 50%, quando comparados com o grupo de controlo cujas taxas de prevalência variaram entre os 0 e os 30% (Nowakowski et al., 2013). Contudo, as dificuldades identificadas reportaram-se maioritariamente à dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais, e à dificuldade em descrever os sentimentos aos outros uma vez que, alguns estudos, não encontram diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de participantes com anorexia nervosa e o grupo de controlo, relativamente ao estilo de pensamento orientado para o exterior (Nowakowski et al., 2013; Westwood et al., 2017). Para além disso, alguns estudos exploraram se os dois subtipos da anorexia nervosa contribuem da mesma forma para a elevada prevalência da alexitimia, e os resultados foram inconsistentes. Em alguns estudos, a prevalência da alexitimia não variou mediante o subtipo da anorexia nervosa (e.g., Cochrane et al., 1993; Speranza et al., 2005; Torres, Guerra, Lencastre, Vieira et al., 2011), enquanto outros referiram que a prevalência da alexitimia varia mediante o subtipo de anorexia nervosa, com o tipo ingestão compulsiva/ purgativo a apresentar valores mais elevados (e.g., Eizaguirre et al., 2004; Sexton et al., 1998).

A comunidade científica quis avançar no conhecimento e explorar se os indivíduos diagnosticados com anorexia nervosa apresentavam apenas dificuldades em

identificar e diferenciar as emoções, ou se, também, tinham dificuldades em regular as mesmas.

2.1.2. Dificuldades de regulação emocional na anorexia nervosa

A regulação emocional refere-se aos processos nos quais os indivíduos influenciam que emoções têm, quando as têm, e como experienciam e expressam essas emoções. Neste sentido, “*as emoções sentidas não nos obrigam a agir de determinada forma, elas apenas aumentam a probabilidade de agirmos dessa forma*” (Gross, 2002). O processo de regulação emocional pode ser automático ou controlado, consciente ou inconsciente, e pode ter impacto em um ou mais pontos do processo emocional (Gross, 1998, 2002).

Gross (2002) identificou dois exemplos de estratégias de regulação emocional: a reavaliação e a supressão. A reavaliação consiste na criação de interpretações ou perspectivas positivas perante situações *stressantes* promovendo a redução do *stress*. Por sua vez, a supressão consiste na inibição dos sinais externos das emoções. Apesar de a reavaliação parecer ser mais efetiva do que a supressão, uma vez que diminui a experiência emocional e a expressão comportamental, o uso de uma estratégia em detrimento da outra deve depender do contexto (Gross, 2002).

Mais recentemente, e num estudo de meta-análise, foram destacadas seis estratégias de regulação emocional: aceitação, evitamento de experiências psicológicas (pensamentos, emoções, sensações, memórias e desejos) e comportamentais, resolução de problemas, reavaliação, ruminação e supressão da expressão emocional e dos pensamentos associados à emoção sentida. Três estratégias de regulação emocional foram consideradas adaptativas (aceitação, resolução de problemas e reavaliação) e, três mal adaptativas (evitamento, ruminação e supressão) uma vez que estão mais associadas à psicopatologia (Aldao et al., 2010).

Atualmente, as dificuldades de regulação emocional são avaliadas, maioritariamente, a partir da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, desenvolvida por Gratz e Roemer (2004). Os autores propuseram uma conceptualização multidimensional da regulação emocional que envolve (a) a consciência da compreensão das emoções, (b) a aceitação das emoções, (c) a capacidade para, perante

a experiência de emoções negativas, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos desejados, e (d) a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar os objetivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação. Neste sentido, a adoção de estratégias de regulação emocional adaptativas implica um leque de processos cognitivos e comportamentais relacionados com a experiência, diferenciação, atenuação e modulação da intensidade e, duração da experiência emocional.

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional tem sido amplamente utilizada junto de amostras de indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa. Os resultados são indicadores de que estes indivíduos, quando comparados com o grupo de controlo, apresentam maiores dificuldades em regular as emoções assim como apresentam um acesso limitado às estratégias de regulação emocional (Aldao et al., 2010; Hatch et al., 2010; Oldershaw et al., 2015). Contudo, o consenso junto da literatura não é tão significativo quando os escassos estudos exploram se existem ou não diferenças entre os dois subtipos da anorexia nervosa relativamente à presença de dificuldades de regulação emocional. Um estudo não encontrou diferenças entre os subtipos (Haynos et al., 2014), enquanto outros encontraram diferenças. Mais especificamente, os participantes diagnosticados com o subtipo restritivo apresentaram mais autocontrolo emocional, nomeadamente inibição e falta de expressão emocional (Geller et al., 2000). Enquanto o subtipo ingestão compulsiva/ purgativo apresentou maiores níveis de impulsividade e dificuldades em controlar os impulsos (e.g., Brockmeyer et al., 2014; Rowsell et al., 2016)

A dificuldade em identificar e regular as emoções, evidenciada pelos indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa, levaram-nos a explorar que emoções são mais frequentemente sentidas, e quais são as emoções mais difíceis de identificar e regular.

2.1.3. Emoções primárias na anorexia nervosa: Frequência e intensidade

A emoção, concebida como uma motivação para a cognição e para o comportamento, é considerada como sendo primordial no desenvolvimento humano (Izard, 1984).

As emoções são fenómenos psicofisiológicos breves que têm um cariz adaptativo em relação às mudanças do meio. Em termos psicológicos as emoções alteram a atenção, mudam certos comportamentos nas hierarquias de resposta, e ativam redes associativas relevantes na memória. As emoções influenciam diretamente as percepções através dos sentidos, afetando processamentos de informação e as ações subsequentes. O comportamento humano é, deste modo, determinado pelas emoções (Damásio, 1995; Izard, 1991; Levenson, 1994). Em termos fisiológicos, as emoções rapidamente organizam as respostas de diferentes sistemas biológicos tais como a expressão facial, o tónus muscular, a voz, a atividade do sistema nervoso autónomo e a atividade endócrina. Estas alterações visam produzir, em termos corporais, as melhores condições para uma resposta eficaz (Izard, 1991; Levenson, 1994).

A teoria de que as emoções constituem o principal sistema motivacional da cognição e da ação humana é a base da Teoria Diferencial das Emoções, inicialmente desenvolvida por Tomkins e Izard (1965). De acordo com esta Teoria, existem emoções que são fundamentais para a motivação humana: as emoções primárias. Estas emoções são inatas e transculturais, e permanecem como uma parte estável no leque das emoções humanas (Dougherty et al., 1996; Izard & Buechler, 1980). E, são consideradas independentes uma vez que, apesar de serem frequentemente ativadas pela avaliação ou interpretação cognitiva, operam, igualmente, como resposta a outros indicadores não cognitivos (e.g., alterações nos níveis hormonais e, antecipação à dor). Segundo a Teoria Diferencial das Emoções, as emoções primárias são: o interesse, a alegria, a surpresa, a cólera, o nojo, o desprezo, o medo, a vergonha, a culpa e a tristeza. Nenhuma destas experiências deve ser categorizada como eminentemente positiva ou negativa uma vez que os seus efeitos e as suas causas dependem de aspetos intraindividuais e da interação entre o indivíduo e o meio. Contudo, por conveniência, frequentemente, classificam-se as emoções como positivas (interesse, alegria, surpresa) ou negativas (cólera, nojo, desprezo, medo, vergonha, culpa, tristeza) de acordo com a menor ou maior probabilidade, respetivamente, de acarretarem consequências indesejáveis para o indivíduo (Izard, 1991; Izard & Buechler, 1980).

As dificuldades em identificar, descrever e regular as emoções, presentes em indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa, conduziram a que Torres e Guerra

(2003) construísssem o Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa com o propósito de avaliar a experiência emocional de indivíduos com anorexia nervosa, mais especificamente a distribuição e a intensidade das emoções básicas sentidas no dia-a-dia, assim com as suas capacidades meta-emocionais. As capacidades meta-emocionais implicadas no processamento cognitivo das emoções são várias, nomeadamente capacidade para: (a) identificar, rotular e descrever as emoções, (b) lembrar as emoções, (c) raciocinar acerca das emoções que devem ser sentidas em várias situações hipotéticas, (d) analisar as consequências emocionais de vários tipos de comportamentos, e (e) empatizar com a experiência emocional dos outros (Lundh et al., 2002). Torres e Guerra (2003) deram especial destaque, aquando da construção do Questionário, à exploração da capacidade para identificar e rotular as emoções, e à capacidade para raciocinar acerca das emoções que devem ser sentidas em várias situações hipotéticas. O Questionário encontra-se descrito de forma mais detalhada no capítulo IV da presente dissertação.

Este questionário foi aplicado a uma amostra de 80 participantes com o diagnóstico de anorexia nervosa, e os resultados foram indicativos de que estes indivíduos, quando comparados com o grupo de controlo, não apresentaram défices ao nível das capacidades meta-emocionais, sendo capazes de identificar, rotular e imaginar que emoções sentiriam perante a vivência de situações hipotéticas, contudo apresentaram especificidades ao nível da intensidade e frequência das emoções sentidas. O grupo de indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa revelou experienciar menos frequentemente emoções positivas, e sentir de forma mais intensa as emoções negativas, com especial enfoque as emoções negativas voltadas para o interior (medo, vergonha, tristeza, culpa), mas este padrão de resposta emocional tendeu a ocorrer perante estímulos associados com o peso e a alimentação. Para além disso, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois subtipos de anorexia nervosa nas dimensões avaliadas pelo Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa (Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres et al., 2011).

Mais recentemente, num estudo de meta-análise, concluiu-se que os indivíduos com anorexia nervosa não apresentaram elevados níveis de cólera, quando comparados com o grupo de controlo, mas, sentiram mais nojo e culpa (Oldershaw et al., 2015).

2.1.4. Dificuldades no processamento emocional: Estado ou traço?

Ao longo do presente capítulo realçamos a presença das dificuldades no processamento emocional nos indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa. Contudo, a natureza destas dificuldades permanece por esclarecer. Em concreto, persiste a dúvida se estas dificuldades são pré-mórbidas e constituem um fator de vulnerabilidade, ou se se desenvolvem na sequência da anorexia nervosa.

Atualmente existe uma dicotomia, junto da comunidade científica, relativamente a esta questão. Por um lado, existe a perspetiva de que a anorexia nervosa surge como uma estratégia de regulação emocional. Ou seja, o foco no peso e nas formas corporais, através da adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos (e.g., restrição alimentar, ingestão alimentar compulsiva, comportamentos purgativos) surge como forma de evitar, suprimir ou regular as emoções (e.g., Brockmeyer, Bents et al., 2012; Heatherton & Baumeister, 1991; Macht, 2008; Wildes et al., 2010). Por outro lado, existe a perspetiva de que as dificuldades no funcionamento emocional surgem como consequência da perda de peso e da presença da ansiedade e da depressão (e.g., Haynos et al., 2014; Harrison, Sullivan et al., 2010; Racine & Wildes, 2013).

Estudos de revisão da literatura têm identificado níveis significativamente mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva (e.g., Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2011; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017) em indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa quando comparados com o grupo de controlo, com taxas de prevalência acima dos 50% (Hatch et al., 2010).

As elevadas taxas de prevalência, levaram os estudos, que analisam o funcionamento emocional em indivíduos com anorexia nervosa, a explorar se existe uma correlação entre a alexitimia e a ansiedade e a depressão. Os resultados foram indicativos que existe uma associação entre elas, e alguns estudos reforçaram que a correlação entre a alexitimia e a depressão é significativamente positiva (Westwood et al., 2017). Para além disso, os estudos investigaram se as variáveis comórbidas interferem nos resultados dos estudos. Assim sendo, quando o efeito da depressão e da ansiedade foi controlado, as diferenças entre o grupo clínico e o grupo de controlo relativamente à alexitimia, em alguns estudos, desapareceram (Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017). Contudo, noutros estudos, quando o

efeito da depressão foi controlado, as diferenças entre os grupos permaneceram (Westwood et al., 2017), ou permaneceram apenas nas subescalas: dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais, e dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017).

Em suma, face aos resultados dos estudos acima mencionados continua por esclarecer se as dificuldades de funcionamento emocional são uma característica estado, i.e., se estão limitadas à fase ativa da doença, como consequência da inanição e da presença da ansiedade e da depressão ou, por sua vez, constituem um traço de personalidade que favorece o aparecimento de comportamentos alimentares desadequados como uma estratégia de regulação emocional. Responder a esta questão implica a exploração do funcionamento emocional em participantes recuperadas da anorexia nervosa.



CAPÍTULO III:

A RECUPERAÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA

A definição da anorexia nervosa é consensual, junto da comunidade científica, tal como mencionamos anteriormente. Contudo, o consenso não é partilhado relativamente à definição de recuperação da doença. Neste sentido, vamos iniciar o presente capítulo com a exploração das várias definições de recuperação da anorexia nervosa, e conseqüentemente, reportar a variação existente nas taxas de recuperação da doença.

3.1. Definição de recuperação da anorexia nervosa

Na APA (2013) encontramos os critérios atuais de diagnóstico da anorexia nervosa assim como a definição de recuperação da doença, que pode ser parcial ou completa.

Na remissão parcial, o critério A (peso significativamente baixo) já não se encontra presente durante um longo período de tempo, mas ainda está presente o critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso) ou o critério C (perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal). Por sua vez, quando em remissão completa, os critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa não se encontram presentes durante um longo período de tempo (APA, 2013).

A definição de recuperação, definida pela APA (2013), tem sido espelhada em estudos que investigam o funcionamento emocional em participantes recuperados da doença. Nestes estudos, os participantes são considerados recuperados da anorexia nervosa quando apresentam um índice de massa corporal igual ou superior a 18.5kg/ m², e ausência de patologia do comportamento alimentar (incluindo amenorreia) durante os últimos 12 meses (e.g., Brockmeyer, Holtforth et al., 2012; Harrison, Tchanturia et al., 2010; Oldershaw et al., 2010). Contudo, esta definição não é transversal a todos os estudos. Efetivamente, em algumas investigações, a definição de recuperação restringe-se ao alcance do ideal ponderal (e.g., Merwin et al., 2013; Miller et al., 2009). E, em outras, o termo utilizado é “após o tratamento”, onde o índice de massa corporal nem sempre alcança o valor mínimo normal, deixando margem para melhorias (e.g., Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Ben-Porath et al., 2014).

A falta de consenso relativamente à definição de recuperação da anorexia nervosa conduziu a que Noordenbos e Seubring (2006) levassem a cabo uma investigação com o objetivo de identificarem os critérios que devem ser incluídos na definição de recuperação desta perturbação alimentar. Os autores, exploraram a perspetiva dos clínicos, mas, também, a dos doentes ao questionaram 57 terapeutas e 41 ex-pacientes. E, concluíram que existe uma grande concordância entre os dois grupos na definição de recuperação da anorexia nervosa. De acordo com os participantes, a definição de recuperação deve englobar informações relativas:

- ao comportamento alimentar (e.g., se a quantidade de calorias ingeridas é adequada, se não recorre ao uso de diuréticos nem ao vómito),
- à experiência corporal (e.g., aceitação da imagem e formas corporais, não se sentir gorda, não ter a necessidade de emagrecer drasticamente, não ter preocupações obsessivas com o peso e alimentação),
- a critérios somáticos (e.g., peso adequado para a idade e altura, batimento cardíaco normal, menstruação regular, sem alterações intestinais),
- a critérios psicológicos (e.g., ter adequada autoestima, ser assertiva, boa capacidade de concentração, autoimagem realística),
- a critérios sociais (e.g., participar em atividades sociais, ter capacidade de estabelecer contatos e de ter amigos), e
- a critérios emocionais.

No que diz respeito aos critérios emocionais, foram avaliados nove critérios **(Quadro 1)**:

- ausência de sintomatologia depressiva,
- capacidade para expressar verbalmente as emoções sentidas,
- capacidade para expressar não verbalmente as emoções sentidas,
- capacidade para lidar com as emoções positivas,
- capacidade para lidar com as emoções negativas,
- não ser muito dependente da opinião dos outros,
- capacidade para exprimir uma opinião diferente dos outros,

- capacidade para lidar com os conflitos, e
- estar em contato com as próprias emoções.

Com a exceção do critério: “*não ser muito dependente da opinião dos outros*”, os restantes critérios foram considerados, pelos ex-pacientes, como “muito importantes” na definição de recuperação da anorexia nervosa uma vez que, pelo menos, 80% deste grupo valorizou os mesmos.

Os dois grupos concordaram que é importante considerar a abordagem emocional na definição de recuperação, contudo os ex-pacientes dão mais importância a esta inclusão do que os terapeutas. Efetivamente, só quatro critérios foram considerados como “muito importantes” pelos terapeutas (> 80%), nomeadamente (a) a capacidade para expressar verbalmente as emoções sentidas, (b) a capacidade para lidar com as emoções negativas, (c) estar em contato com as próprias emoções, e (d) a capacidade para lidar com as emoções positivas. Os restantes quatro critérios foram considerados como “importantes”, ao serem valorizados apenas por 50 a 79% dos terapeutas: (a) a capacidade para lidar com os conflitos, (b) a capacidade para expressar não verbalmente as emoções sentidas, (c) a ausência de sintomatologia depressiva, e (d) a capacidade para exprimir uma opinião diferente dos outros.

Dos oito critérios emocionais, apenas existe concordância total entre os dois grupos relativamente ao critério: “estar em contato com as próprias emoções” (Noordenbos & Seubring, 2006).

Apesar da visão alargada da recuperação apresentada no estudo de Noordenbos e Seubring (2006), os participantes identificaram que os critérios de recuperação estavam incompletos ao não incluírem a avaliação acerca da interação familiar, assim como dos níveis de ansiedade.

Quadro 1

Ranking dos critérios emocionais mais importantes na definição de recuperação

Critério de recuperação	Ex-pacientes	Terapeutas
Capacidade para expressar verbalmente as emoções sentidas.	98%	94%
Capacidade para expressar não verbalmente as emoções sentidas.	95%	76%
Capacidade para lidar com as emoções negativas.	95%	90%
Estar em contato com as próprias emoções.	90%	90%
Capacidade para lidar com as emoções positivas.	84%	82%
Ausência de sintomatologia depressiva.	83%	76%
Capacidade para lidar com os conflitos.	83%	78%
Capacidade para exprimir uma opinião diferente dos outros.	80%	70%

Na mesma linha, num estudo realizado anos antes por Pettersen e Rosenvinge (2002), 45 participantes responderam à seguinte questão, “*Qual é o significado de recuperação para ti?*”. As respostas foram agrupadas em sete pontos, e foram, igualmente, ao encontro de uma abordagem mais ampla da definição de recuperação da perturbação alimentar:

- aceitar-me e aceitar o meu corpo (76%),
- não usar a comida para resolver os problemas e não deixar que a comida domine a minha vida (76%),
- sentir que a vida tem um sentido para mim e para os outros (38%),
- ter contacto com as emoções e ter coragem para expressá-las (33%),
- ter menos sintomatologia ansiosa e depressiva (29%),
- tirar partido do próprio potencial e não apenas conformar-se com as expectativas dos outros (20%), e
- ter um bom funcionamento social (13%).

Os autores defendem que é necessário existir uma definição de recuperação que inclua a avaliação do comportamento alimentar e do peso, assim como do funcionamento psicológico, emocional e social (Noordenbos & Seubring, 2006; Pettersen & Rosenvinge, 2002). Neste sentido, defendem que são necessários mais estudos que explorem a opinião dos terapeutas mas, também, dos indivíduos com história passada e/ou presente de anorexia nervosa relativamente à definição de recuperação da anorexia nervosa (Noordenbos & Seubring, 2006). Uma vez que não existe, na literatura, uma definição consensual e transversal, a escolha de uma definição de recuperação em detrimento de outra, nas várias investigações, está relacionada com os objetivos específicos dos estudos ou tratamentos implementados (Couturier & Lock, 2006). Contudo, a utilização de diferentes definições de recuperação traduz-se em dificuldades em analisar e generalizar os resultados das investigações, assim como em diferentes taxas de recuperação, tal como iremos analisar nos próximos pontos.

3.2. Taxa de recuperação da anorexia nervosa

Couturier e Lock (2006) levaram a cabo uma investigação com o objetivo de ilustrarem o impacto que as várias definições de recuperação da anorexia nervosa têm na determinação da taxa de recuperação da doença. Neste estudo, os autores identificaram taxas de recuperação de 94.4%, quando o critério de recuperação era o alcance de 85% do índice de massa corporal, valor que desceu drasticamente para os 57.1% quanto o critério de recuperação definido era a remissão dos sintomas da anorexia nervosa em todas as subescalas do Eating Disorder Examination. Consequentemente, os autores investigaram o período de tempo necessário para os indivíduos recuperarem relativamente aos dois critérios. Os resultados foram indicativos de que o período médio de recuperação ponderal foi de 11.3 meses, período significativamente inferior aos 22.6 meses que foi necessário para haver a remissão dos sintomas avaliados no questionário.

Anos antes, Steinhausen (2002) levou a cabo uma meta-análise, composta por 119 estudos e 5590 doentes. Nesta investigação foi destacada a diversidade do desenho, tamanho da amostra, métodos implementados, e critérios de diagnóstico dos vários estudos incluídos. Esta diversidade traduziu-se em taxas de recuperação da anorexia nervosa que variaram entre os 0 e os 92%, onde uma percentagem significativa de

pacientes recuperou totalmente (46.9%), enquanto 33.5% recuperou parcialmente. Os restantes participantes desenvolveram o curso crónico da doença (20.8%) ou faleceram (5.0%). Nesta investigação, o autor verificou, igualmente, que a taxa de recuperação aumentou linearmente à medida que aumentou o período de *follow-up*. Efetivamente, a média de recuperação da anorexia nervosa aumentou de 32.6% em estudos com um período de *follow-up* menor do que quatro anos, para 47% em estudos com períodos de *follow-up* de quatro a 10 anos, até 73.2% em estudos com mais de 10 anos de *follow-up*. Estes resultados foram, igualmente, observados num estudo mais recente onde 62.8% dos participantes com o diagnóstico de anorexia nervosa recuperou a 22 anos de *follow-up* em comparação com 31.4% dos participantes a nove anos de *follow-up* (Eddy et al., 2017).

Em suma, os diferentes resultados relativos às taxas de recuperação da anorexia reforçam a necessidade de elaboração de uma definição de recuperação que seja consensual e consistente na literatura (e.g., Couturier & Lock, 2006; Noordenbos & Seubring, 2006; Steinhausen, 2002) para ser possível obter o valor real da taxa de recuperação desta perturbação alimentar.

3.3. Processamento emocional na fase de recuperação da anorexia nervosa

Alguns estudos têm procurado esclarecer se as dificuldades do processamento emocional estão limitadas à fase ativa da doença, como consequência do estado de inanição e da presença de variáveis comórbidas, nomeadamente a ansiedade e a depressão, ou se constituem uma vulnerabilidade que favorece a adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos como estratégia de regulação emocional (Caglar-Nazali et al., 2014; Hatch et al., 2010; Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2011; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017).

3.3.1. Alexitimia e dificuldades de regulação emocional

Os estudos que analisaram o funcionamento emocional em amostras de participantes recuperados da anorexia nervosa são escassos, utilizaram diferentes definições de recuperação da doença e, adicionalmente, apresentaram resultados divergentes.

Uma linha de investigação defende que a baixa consciência emocional e as dificuldades em regular as emoções são consequência do estado de inanição uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que recuperaram da anorexia nervosa e o grupo de controlo nessas variáveis (Oldershaw et al., 2010; Oldershaw et al., 2012; Morris et al., 2014; Merwin et al., 2013). Por outro lado, uma outra linha de investigação defende que as dificuldades emocionais nomeadamente, dificuldades de regulação emocional (Brockmeyer, Holforth et al., 2012; Miller et al., 2009), e elevados níveis de alexitimia (Beales & Dolton, 2000; Tchanturia et al., 2012) tendem a persistir após a recuperação da anorexia nervosa. Existe, ainda, uma terceira linha de investigação que defende que algumas dificuldades de funcionamento emocional podem ser uma característica-estado enquanto outras uma característica-traço. Harrison, Tchanturia et al. (2010) defendem que as dificuldades em regular as emoções desaparecem com a recuperação da anorexia nervosa enquanto as dificuldades em identificar as emoções permanecem mesmo e após a recuperação da doença.

Estes estudos são transversais e, como tal, não conseguem avaliar a evolução do funcionamento emocional dos participantes desde a fase ativa da doença até à fase de recuperação. Neste sentido, para determinar se as dificuldades no processamento emocional são uma característica-estado ou uma característica-traço, são necessários estudos longitudinais que avaliem estas dimensões na mesma amostra de participantes ao longo do curso da doença (Brockmeyer, Holforth et al., 2012; Harrison, Tchanturia et al., 2010; Oldershaw et al., 2010; Oldershaw et al., 2012; Merwin et al., 2013).

Tanto quanto é do nosso conhecimento, existem apenas cinco estudos nesta área que, através da metodologia longitudinal, acompanharam a mesma amostra de participantes desde a fase ativa da doença até à fase de recuperação ponderal (Beadle et al., 2013; Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Ben-Porath et al., 2014; Haynos et al., 2014; Rowsell et al., 2016).

Dois estudos avaliaram os níveis de alexitimia, e concluíram que com a recuperação ponderal há uma diminuição dos mesmos. Esta diminuição deveu-se, essencialmente, à recuperação das dificuldades em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais, e ao estilo de pensamento orientado para o exterior. O fator

relativo às dificuldades em descrever os sentimentos aos outros não se alterou significativamente com o tratamento (Beadle et al, 2013; Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004).

Quatro estudos avaliaram as dificuldades de regulação emocional, cujos resultados foram divergentes. Em dois estudos não foram observadas melhorias significativas com a recuperação ponderal (Beadle et al, 2013; Haynos et al., 2014), sendo estas dificuldades similares nos dois subtipos da anorexia quer na fase de inanição quer na fase de recuperação ponderal (Haynos et al., 2014). Enquanto nos outros dois estudos se assistiu a melhorias na capacidade de regular as emoções com a recuperação ponderal (Ben-Porath et al., 2014; Rowsell et al., 2016) nos dois subtipos da anorexia nervosa (Rowsell et al., 2016).

As conclusões dos estudos longitudinais não permitem assim tirar conclusões sólidas relativamente às dificuldades ao nível do funcionamento emocional que permanecem e/ou diminuem significativamente com a recuperação da anorexia nervosa. Os dados dos estudos que avaliam a alexitimia não foram replicados, e os resultados são inconsistentes relativamente à regulação emocional. Para além disso, não há evidências suficientes para concluir se as melhorias são parciais ou totais uma vez que apenas um estudo comparou os participantes recuperados com um grupo de controlo (Beadle et al., 2013).

3.3.2. A relação entre o índice de massa corporal e as dificuldades de processamento emocional

Com o objetivo de complementar o conhecimento existente relativo à natureza das dificuldades emocionais, algumas investigações propuseram-se a analisar a associação existente entre os défices de processamento emocional e o índice de massa corporal.

Em alguns estudos realizados na fase ativa da doença, o índice de massa corporal esteve positivamente correlacionado com as dificuldades de regulação emocional (Brockmeyer, Holforth, et al., 2012), evitamento emocional e tolerância a estados emocionais negativos (Corstorphine et al., 2007), e negativamente correlacionado com anedonia social (Tchanturia et al., 2012). Contudo, noutros estudos não foram

observadas associações significativas entre o índice de massa corporal e as dificuldades de regulação emocional (Harrison, Tchanturia et al., 2010), e as dificuldades em fazer inferências sobre os pensamentos, desejos, emoções, e intenções comportamentais dos outros (Oldershaw et al., 2010).

A inconsistência dos resultados obtidos foi, igualmente, verificada nos resultados dos estudos longitudinais. Rowsell et al. (2016) identificaram uma associação entre o ganho ponderal e as melhorias nas dificuldades de regulação emocional, independentemente dos efeitos da psicoterapia. Por sua vez, Haynos et al. (2014) não encontraram associações entre estas variáveis quer na fase aguda da doença, quer na fase de recuperação ponderal.

Em suma, alguns estudos defendem que o funcionamento emocional é dependente do valor ponderal uma vez que as dificuldades de funcionamento emocional estão associadas ao baixo peso, e consequentemente a recuperação ponderal está associada a melhorias do funcionamento emocional. Segundo os autores, esta associação pode dever-se ao facto de que o baixo peso promove a diminuição da frequência e/ou intensidade emocional sentida funcionando, deste modo, como uma estratégia contínua de evitamento emocional (Brockmeyer, Holtforth et al., 2012). Por sua vez, noutros estudos, essa associação não foi encontrada, e tal foi justificado de acordo com três explicações. Um, a capacidade para fazer inferências sobre os pensamentos, desejos, emoções, e intenções dos comportamentos dos outros é independente da sintomatologia física (Oldershaw et al., 2010). Dois, as dificuldades de regulação emocional são um reflexo da adoção contínua de comportamentos mal-adaptativos, que não se alteram sem a devida intervenção (Ben-Porath et al., 2014). Três, o estado de inanição prolongado altera significativamente as capacidades de regulação emocional ao ponto de se tornarem independentes da variação ponderal, e ser necessário um período de tempo alargado para recuperar estas capacidades (Haynos et al., 2014).

3.3.3. O papel da ansiedade e da depressão no funcionamento emocional

Alguns estudos que avaliaram as dificuldades do funcionamento emocional exploraram, igualmente, a presença da sintomatologia ansiosa e depressiva na fase de recuperação da doença.

De acordo com os estudos transversais, os níveis de ansiedade e depressão diminuíram com a recuperação da anorexia nervosa, algo que foi, igualmente, confirmado nos estudos longitudinais (Beadle et al., 2013; Haynos et al., 2014). Contudo, e focando-nos nos estudos transversais, estes dividem-se entre aqueles que identificaram uma normalização da sintomatologia (Brockmeyer, Holforth et al., 2012; Oldershaw et al., 2010; Oldershaw et al., 2012; Strigo et al., 2013), e aqueles que só observaram uma recuperação parcial (Tchanturia et al., 2012; Wagner et al., 2006). Por sua vez, em Harrison, Tchanturia et al. (2010) as melhorias da sintomatologia depressiva foram parciais enquanto houve uma normalização da sintomatologia ansiosa com a recuperação da anorexia nervosa.

Beadle et al. (2013) tentaram esclarecer se a presença das dificuldades emocionais na anorexia nervosa é influenciada pela presença da sintomatologia depressiva. Os autores encontraram evidências de que as diferenças entre os grupos (após ganho ponderal *vs.* grupo de controlo), em relação à alexitimia, eram explicadas devido à presença da sintomatologia depressiva (Beadle et al., 2013). Estes resultados são importantes porque reforçam a teoria de que as variáveis comórbidas têm potencial para mediar ou agravar as dificuldades de processamento emocional nesta perturbação da alimentação e da ingestão (Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2011; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017). Contudo, é necessária mais investigação longitudinal nesta área para replicar os resultados obtidos, e para avaliar a influência das variáveis comórbidas noutras competências emocionais (Oldershaw et al., 2015; Kezelman et al., 2015; Westwood et al., 2017).

3.4. Tratamento da anorexia nervosa

No ponto 3.2. mencionamos que cerca de 20% dos doentes com anorexia nervosa desenvolve o curso crónico da doença (Steinhausen, 2002; Eddy et al., 2017). Aliada a esta percentagem estão 20 a 40% de doentes com anorexia nervosa que desistem da terapia individual, e 4 a 26.7% que desiste da terapia familiar, em regime de ambulatório (Dejong et al., 2012).

Apesar destas percentagens, verificam-se, igualmente, percentagens significativas de doentes que recuperam totalmente da doença (Eddy et al., 2017;

Steinhausen, 2002), e cujas alterações mais significativas, em termos de peso e mudanças psicológicas, ocorreram nos primeiros 12 meses de tratamento (Couturier & Lock, 2006).

Neste ponto, iremos identificar e abordar sucintamente os modelos de intervenção psicológica mais utilizados no tratamento da anorexia nervosa, e iremos dar especial enfoque àqueles que intervêm a nível emocional. São vários os modelos de intervenção existentes descritos em estudos compostos por amostras relativamente pequenas e/ou estudos de casos. A baixa prevalência da anorexia nervosa dificulta a realização dos estudos que analisam a eficácia dos tratamentos. Neste sentido, nesta alínea, não nos focamos em identificar os pontos fortes e fracos de cada um. Mas, focamo-nos em identificar os esforços da investigação em tentar dar resposta terapêutica face aos fatores que estão implicados no desenvolvimento e manutenção da anorexia nervosa.

De acordo com alguns autores, a intervenção psicológica só deve ocorrer após a intervenção nutricional estar implementada uma vez que o estado de emaciação severa tem repercussões na atividade cerebral (e.g., Ebeling et al., 2009).

É recomendado que o tratamento da anorexia nervosa seja realizado de acordo com uma abordagem multidisciplinar (e.g., psiquiatria, psicologia, endocrinologia, nutrição) e em vários contextos (e.g., regime de internamento, ambulatório, hospital de dia; APA, 2006). A escolha do contexto deve ter em consideração a gravidade da sintomatologia assim como a presença de ideações ou comportamentos que possam pôr em risco o bem-estar e/ou vida do doente. Neste sentido, o tratamento em regime de internamento surge como o mais adequado perante casos clínicos mais severos, em detrimento da intervenção em regime de ambulatório, uma vez que a monitorização e a intervenção são permanentes (APA, 2013; Ebeling et al., 2009).

A **terapia cognitivo-comportamental** utilizada no tratamento da anorexia nervosa, é baseada na terapia cognitiva de Beck, a Cognitive Behavioral Therapy (CBT; Beck, 1976). Esta terapia tem-se revelado eficaz na redução e/ou eliminação de comportamentos alimentares mal-adaptativos, tais como a restrição alimentar, ingestão

alimentar compulsiva, e comportamentos purgativos, e na prevenção de recaídas de adultos que alcançaram o peso ideal (Ebeling et al., 2009; Grave et al., 2016; Wilson et al., 2007). Os modelos de intervenção têm vindo a evoluir à medida que os modelos teóricos relativos à etiologia e manutenção da anorexia nervosa se têm desenvolvido. Neste sentido, e uma vez que a literatura tem identificado o papel das emoções, mais especificamente as dificuldades em identificar, descrever, lidar e regular as emoções, na adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos (e.g., Brockmeyer, Bents et al., 2012; Heatherton & Baumeister, 1991; Macht, 2008; Wildes et al., 2010), a **terapia cognitivo-emocional-comportamental** começou a ser aplicada no contexto da anorexia nervosa. Com este tipo de intervenção, é expectável que os indivíduos com anorexia nervosa sejam capazes de compreender a experiência emocional sentida de modo a serem capazes de identificarem e mudarem os pensamentos associados, e consequentemente, enveredarem por uma resposta adaptativa (Corstorphine, 2006). E, mais recentemente, e numa perspetiva de tratamento transdiagnóstico, desenvolveu-se uma abordagem particular da CBT, a Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E), projetada para intervir junto das várias perturbações alimentares, como é o caso da anorexia nervosa. Tal como a CBT, a CBT-E foi desenhada para intervir junto do doente de forma individual, e pode ser aplicada em regime de internamento e de ambulatório. Através da CBT-E, pretende-se que o individuo seja capaz de compreender as associações entre os pensamentos, emoções e comportamentos, e que desenvolva estratégias para lidar com os pensamentos automáticos negativos de modo a melhorar a sintomatologia física e o estado emocional (Grave, 2012). As alterações à CBT têm-se revelado eficazes (e.g., Danielsen et al., 2016). Mais especificamente, num estudo levado a cabo por Calugi et al. (2021), com 214 participantes com o diagnóstico de anorexia nervosa, assistiu-se a um significativo aumento do índice de massa corporal, assim como redução da psicopatologia associada à doença.

A CBT tem tido resultados mais eficazes junto de adultos. Por sua vez, a **terapia familiar** (FBT; Family-based Therapy) tem sido mais benéfica junto dos mais jovens (Zeek et al., 2018). Os estudos têm mostrado que o envolvimento dos pais na terapia promoveu a redução da sintomatologia alimentar. Através da criação de um contexto de apoio, percebido como seguro, a criança/adolescente é apoiada a alterar

os comportamentos alimentares mal-adaptativos. A terapia familiar inclui, sempre que necessário, a intervenção ao nível da dinâmica familiar com o objetivo de alterar comportamentos considerados disruptivos e disfuncionais, e que promovam a manutenção da perturbação do comportamento alimentar (e.g., Fisher et al., 2019; Herpertz-Dahlmann, 2017; Jewell et al., 2016). Mais recentemente, tem-se explorado a eficácia do tratamento no domicílio (HT; Home Treatment), aliada à terapia familiar, uma vez que 4 a 26.7% não adere a este tipo de terapia (Dejong et al., 2012). O HT permite fornecer apoio prático aos pais dos adolescentes diagnosticados com anorexia nervosa relativamente ao comportamento alimentar durante o horário das refeições (e.g., ensinar acerca de como devem preparar as refeições, a quantidade de alimentos a servir, não discutir acerca das porções). Num estudo levado a cabo por Flütsch et al. (2021), com 45 adolescentes com o diagnóstico de anorexia nervosa que beneficiaram do HT, os resultados forneceram evidências preliminares de que este tipo de tratamento é viável e produz melhorias clinicamente significativas ao nível do comportamento alimentar.

Combinando a abordagem comportamental (e.g., monitorização ponderal, prescrição regular de um padrão alimentar equilibrado) com técnicas psicoterapêuticas que visam aumentar a consciência emocional, diminuir o evitamento emocional e, aumentar a valorização do envolvimento em atividades e relações que estão para além das preocupações alimentares, surge a **terapia comportamental focada na aceitação emocional** (Wildes & Marcus, 2011). Esta terapia foi desenvolvida a partir da influência das “terapias de terceira geração”, como são exemplo o *mindfulness*, a terapia dialética comportamental, e a teoria da aceitação e do compromisso, onde o foco terapêutico está centrado no fenómeno psicológico em vez da alteração do formato da sintomatologia (Wildes & Marcus, 2011). Por sua vez, e, também, desenvolvida a partir das “terapias de terceira geração”, surge a terapia **focada nas emoções**. Mais focada na presença de dificuldades em lidar e regular as emoções, o terapeuta e o doente trabalham em conjunto com o objetivo de aumentar a consciência emocional assim como a capacidade de tolerar e regular as emoções e, conseqüentemente, eliminar padrões comportamentais alimentares mal-adaptativos que surgem como consequência das dificuldades em lidar com as emoções (Dolhanty & Greenberg, 2007; 2009).

As intervenções baseadas na **aceitação e compromisso**, e no *mindfulness* fomentam a aceitação da experiência sem julgamentos. Através do *mindfulness* são desenvolvidas as capacidades de focar a atenção nos pensamentos, emoções e sensações corporais que, conseqüentemente, conduzem a um aumento do autoconhecimento, aceitação da experiência e aumento da capacidade de enveredar por escolhas adaptativas perante situações aversivas (Baer et al., 2006; Gilbert, 2009).

Independentemente da escolha do tipo de tratamento, existem alguns fatores que estão para além do tratamento e que são fundamentais para o bom sucesso do mesmo e manutenção dos ganhos alcançados. A motivação/ desejo para mudar, o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, e a presença de pessoas significativas na vida dos doentes que lhes promovam a sensação de apoio e aceitação foram considerados fatores importantes no processo de recuperação da anorexia nervosa (Federici & Kaplan, 2008; Pettersen & Rosenvinge, 2002; Rushford, 2006).

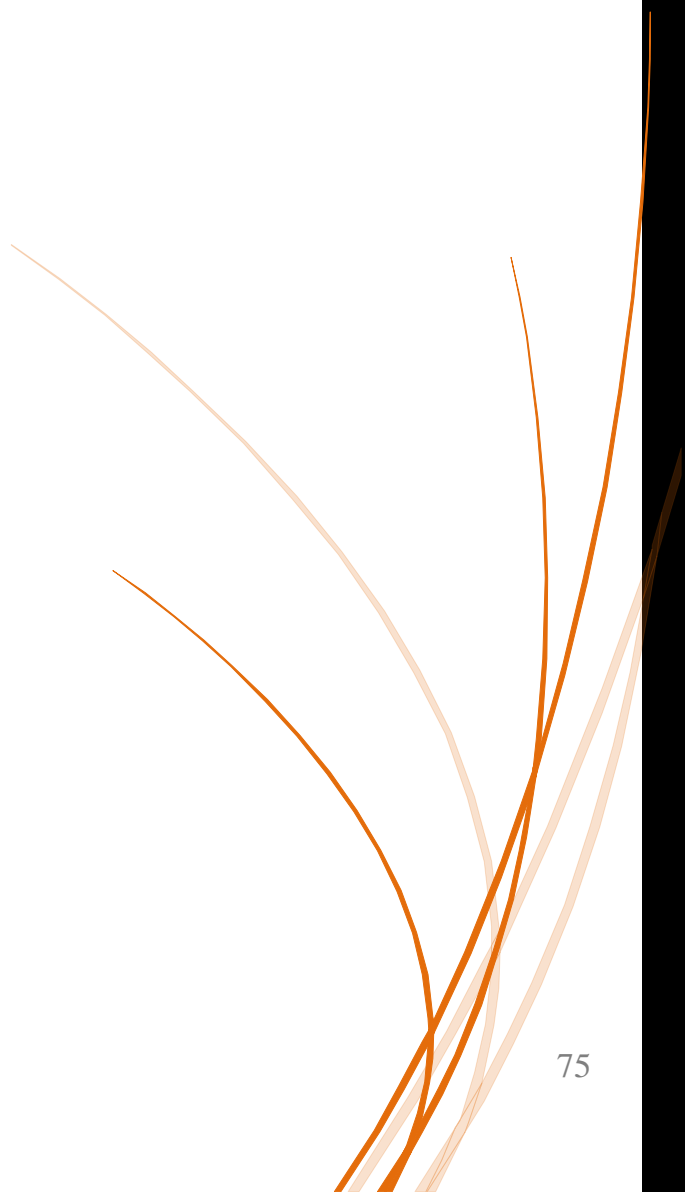
A variabilidade de abordagens terapêuticas reflete o desafio do tratamento da anorexia nervosa e a complexidade dos fatores que estão envolvidos na etiologia e manutenção da doença. Este desafio torna-se mais intenso perante doentes crónicos e/ou doentes que apresentam comorbilidades.

Muitos doentes crónicos, i.e., indivíduos diagnosticados há pelo menos 10 anos, apresentam a dificuldade em alcançar um peso normal, e apresentam sintomatologia depressiva e obsessivo-compulsiva, e dificuldades sociais (APA, 2006). Neste sentido, a abordagem multidisciplinar (e.g., psiquiatria, psicologia, endocrinologia, nutrição) e em vários contextos (e.g., regime de internamento, ambulatório, hospital de dia) pode revelar-se fundamental (APA, 2006). No que diz respeito à psicoterapia, o tratamento deve ser ajustado tendo em consideração que se trata de uma situação crónica. Mais do que mudanças psicológicas e comportamentais significativas, deve ser promovido o alcance de metas que sejam consideradas seguras e que não promovam a recaída (APA, 2006).

Em suma, nesta alínea identificamos algumas terapias existentes e, demos especial enfoque às terapias que intervêm na componente emocional atendendo ao

objeto de estudo da presente investigação. Esta identificação reflete a evolução da psicoterapia ao longo dos últimos anos onde a intervenção médica/ biológica foi gradualmente complementada pela intervenção comportamental, cognitiva e familiar, e, mais recentemente pela intervenção emocional.

PARTE B:
ESTUDO EMPÍRICO





CAPÍTULO IV:

OBJECTIVOS E MÉTODO

4.1. Pertinência e objetivos do estudo

Nos capítulos anteriores evidenciamos que ainda está por clarificar a natureza e o papel das dificuldades ao nível do funcionamento emocional, ao longo do curso da anorexia nervosa, assim como a possível influência da ansiedade e da depressão.

As diferenças metodológicas e as limitações identificadas nos vários estudos existentes não permitem tirar conclusões sólidas relativamente a estas questões de investigação. Para uma exposição mais clara, apresentamos por tópicos uma súmula das principais características metodológicas que carecem de melhoria:

- A metodologia transversal foi a mais utilizada, contudo não é a mais adequada para avaliar se as dificuldades ao nível do processamento emocional são uma consequência do estado nutricional, ou uma característica pré-mórbida associada à génese e à manutenção da anorexia nervosa. Neste sentido, acompanhar a mesma amostra de participantes ao longo do curso da doença, através de estudos longitudinais, é fundamental.
- A inclusão, nos estudos, de uma amostra de participantes saudáveis com características sociodemográficas semelhantes é importante para determinar se as melhorias observadas no grupo de participantes recuperadas de anorexia nervosa são parciais ou totais. Com a exceção de um estudo longitudinal (Beadle et al., 2013), os restantes não utilizaram esta metodologia.
- Os estudos longitudinais existentes avaliaram o funcionamento emocional dos participantes numa fase inicial da recuperação da doença (Beadle et al., 2013; Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Ben-Porath et al., 2014; Haynos et al., 2014; Rowsell et al., 2016). Contudo, e porque recuperar o funcionamento emocional pode requerer mais tempo do que recuperar o peso ideal (Beadle et al., 2013; Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Haynos et al., 2014; Rowsell et al., 2016), avaliações a longo prazo são fundamentais para obter mais conhecimentos sobre este domínio.
- A definição de recuperação varia significativamente de estudo para estudo. Em alguns estudos a recuperação é apenas definida pelo alcance do peso corporal ideal ($IMC > 18.5\text{kg}/\text{m}^2$; e.g., Merwin et al., 2013; Miller et al., 2009), enquanto noutros é, igualmente, requisito a ausência de patologia do comportamento

alimentar (incluindo amenorreia) durante, pelo menos, os últimos 12 meses (e.g., Brockmeyer, Holtforth et al., 2012; Harrison, Tchanturia et al., 2010; Oldershaw et al., 2010). Existem ainda estudos nos quais a recuperação é equivalente a um período de “após o tratamento”, no qual o índice de massa corporal nem sempre alcança o valor normoponderal (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Ben-Porath et al., 2014). Esta não uniformização de critérios limita a comparação e a generalização dos resultados.

- A influência da ansiedade e a da depressão na variação das dificuldades de funcionamento emocional é pouco investigada (Oldershaw et al., 2010).
- O espectro das competências emocionais avaliadas é limitado uma vez que a literatura se foca, maioritariamente, na análise da alexitimia e das dificuldades de regulação emocional. Alargar o leque das experiências emocionais estudadas deve ser considerado quando se investigam os défices de processamento emocional (Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres et al., 2011).
- E, por último, os resultados dos estudos foram conseguidos, maioritariamente, através de questionários de avaliação psicológica. A inclusão única, nos estudos, da recolha de dados quantitativos pode enviesar os resultados uma vez que, perante a dificuldade em identificar e descrever as emoções (e.g., Beales & Dolton, 2000; Tchanturia et al., 2012), os participantes recuperados da anorexia nervosa podem selecionar a resposta que vá ao encontro das expectativas sociais (e.g., Aldao et al., 2010; Caglar-Nazali et al., 2014). Neste sentido, a escolha de uma metodologia mista, nos estudos, poderá ser uma mais-valia uma vez que a informação conseguida através das entrevistas poderá complementar os dados obtidos através dos questionários (Castro et al., 2021).

Com o objetivo de colmatar estas limitações, levamos a cabo um estudo de 15 anos de *follow-up*, com participantes do sexo feminino com anorexia nervosa, a partir de uma metodologia mista.

A partir da análise quantitativa, pretendemos avaliar se as dificuldades cognitivas ao nível do processamento emocional permanecem após a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa. Para além disso, pretendemos explorar o papel da ansiedade e da

depressão no funcionamento emocional dos participantes recuperados de anorexia nervosa. E, pretendemos alargar o estudo da experiência emocional, deste grupo de participantes, através da análise da frequência das emoções básicas vividas no dia-a-dia, indicador do leque emocional (Russell & Barrett, 1999), e da intensidade das emoções sentidas perante situações hipotéticas, indicador da resposta fisiológica às emoções (Iancu et al., 1999).

A partir da análise qualitativa, pretendemos explorar a visão das participantes recuperadas da anorexia nervosa acerca dos fatores implicados no desenvolvimento, recaída e tratamento da doença. Mais especificamente, pretende-se explorar os fatores etiológicos, assim como o papel das dificuldades em identificar, lidar e regular as emoções na recaída e recuperação da anorexia nervosa. Em concreto, o estudo qualitativo pretende, através da análise retrospectiva das participantes recuperadas da anorexia nervosa, dar resposta às seguintes questões de investigação:

Questão 1: Quais foram os fatores que desempenharam um papel determinante no aparecimento da anorexia nervosa?

Questão 2: Que dificuldades emocionais foram identificadas antes, durante e após a recuperação da anorexia nervosa? Qual o papel que atribuem a estas dificuldades no curso da doença?

Questão 3: Que abordagem terapêutica deve ser implementada no tratamento da anorexia nervosa?

Foi definido um período longitudinal de 15 anos assumindo que havia maiores probabilidades de encontrar participantes recuperados da anorexia nervosa assim como mudanças emocionais estabilizadas. Tal como mencionado previamente, as taxas de recuperação aumentam à medida que o período de *follow-up*, também, aumenta (Eddy et al., 2017; Steinhausen, 2002).

Do nosso melhor conhecimento, este é o primeiro estudo que explora o funcionamento emocional em participantes recuperadas de anorexia nervosa a longo

prazo. Os escassos e divergentes resultados, apresentados pelos estudos que avaliam as competências emocionais em participantes recuperados da anorexia nervosa, dificulta a definição de hipóteses e, neste sentido, não apontámos nenhuma à partida. Contudo, é expectável que os resultados obtidos nesta investigação contribuam para o aumento do conhecimento acerca da natureza e papel das dificuldades do processamento emocional ao longo do curso da anorexia nervosa. Este aumento do conhecimento poderá, conseqüentemente, facultar pistas e recomendações importantes para a formulação de planos de tratamento desta perturbação do comportamento alimentar, mais especificamente sensibilizar para a necessidade de incluir nos mesmos a intervenção focada nas emoções.

4.2. Método

4.2.1. Participantes

Pesquisamos o contato, na base de dados do Centro Hospitalar de São João, Porto, de 40 mulheres diagnosticadas com anorexia nervosa em 2002/2003 e que fizeram parte da amostra do estudo que avaliou o processamento cognitivo das emoções na fase ativa da doença (cf. Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres et al., 2011).

O contato estabelecido teve como objetivo compor um grupo de participantes totalmente recuperados da anorexia nervosa. Como critérios de inclusão no estudo definimos dois requisitos que tinham que estar presentes ao longo dos últimos 12 meses: (1) índice de massa corporal igual ou superior a $18.5\text{kg}/\text{m}^2$, e (2) ausência dos critérios de diagnóstico mencionados no DSM-5 (APA, 2013). Optamos por esta definição de recuperação da anorexia nervosa, que vai na mesma linha da utilizada em alguns estudos transversais (e.g., Brockmeyer, Holtforth et al., 2012; Harrison, Tchanturia et al., 2010; Oldershaw et al., 2010), uma vez que pretendíamos explorar o funcionamento emocional das participantes após a recuperação estabilizada dos critérios de diagnóstico da anorexia nervosa.

Conseguimos estabelecer contato com 34 das 40 participantes, das quais 29 (85.3%) aceitaram participar no presente estudo. Após a passagem da entrevista de diagnóstico, foram excluídas cinco participantes (17%) uma vez que continuavam a

apresentar critérios compatíveis com o diagnóstico de anorexia nervosa. Neste sentido, a amostra final foi composta por 24 mulheres totalmente recuperadas da anorexia nervosa, e que compõem a amostra emparelhada neste estudo. Das 24 mulheres que compõem a amostra emparelhada, três (12.5%) recusaram responder à Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa por indisponibilidade de tempo. Doravante, este grupo será designado como grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa.

Na fase aguda da anorexia nervosa, as 24 participantes apresentaram idades compreendidas entre os 13 e os 28 anos de idade ($M = 18.46$; $SD = 4.3$) e, um índice de massa corporal entre os 12.8 e os 17.3 kg/ m² ($M = 15.42$; $SD = 1.46$). Dezasseis participantes (67%) foram diagnosticadas com anorexia nervosa tipo restritivo, e as restantes oito (33%) com o tipo ingestão compulsiva/ purgativo.

As participantes, na fase ativa da doença, foram integradas num programa de tratamento que incluiu a reabilitação nutricional e intervenção ao nível da psicopatologia associada, tal como recomendado pela American Psychiatric Association (APA, 2006), não beneficiando de um tratamento especificamente orientado para as melhorias do funcionamento emocional. Contudo, uma das participantes após alta clínica, e por iniciativa própria, passou a beneficiar de consultas regulares de psicoterapia direcionadas à prática de Mindfulness. As consultas ainda estavam em curso no momento da recolha de dados do presente estudo.

Aos 15 anos de *follow-up*, as participantes ($n = 24$) apresentaram idades compreendidas entre os 27 e os 42 anos de idade ($M = 31.17$; $SD = 4.53$) e, um índice de massa corporal entre os 18.5 e os 24.7 kg/ m² ($M = 20.66$; $SD = 1.48$). Segundo quatro participantes, o índice de massa corporal apresentado manteve-se estável entre os últimos 12 e 23 meses, outras quatro participantes referiram que o seu índice de massa corporal se manteve entre os últimos 24 a 59 meses, e as restantes 16 participantes apresentaram o mesmo índice de massa corporal há, pelo menos, 60 meses (**Quadro 2**).

Quadro 2

Número de meses de estabilização do índice de massa corporal

N.º de meses	N.º de Participantes
Entre 12 e 23 meses	4
Entre 24 e 59 meses	4
Há pelo menos 60 meses	16

No presente estudo incluímos, igualmente, um grupo de controlo. Este grupo foi composto por 24 mulheres com idades compreendidas entre os 26 e os 44 anos de idade ($M = 30.38$; $SD = 4.35$) e, índice de massa corporal entre os 18.9 e os 24.8 kg/ m² ($M = 21.36$; $SD = 1.83$).

O grupo de controlo foi recrutado através da divulgação da presente investigação junto da comunidade local, e através de contactos pessoais. Este grupo não foi acompanhado longitudinalmente, i.e., apenas participou no presente estudo não estando, deste modo, presente no estudo de Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres et al. (2011). Os critérios de inclusão no grupo de controlo foram: (1) peso normal (índice de massa corporal entre os 18.5kg/ m² e os 24.9kg/ m²), e (2) ausência de critérios e/ou antecedentes de diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar.

Os grupos são similares em relação à idade e ao índice de massa corporal. Contudo, o grupo de controlo tem mais anos de escolaridade do que o grupo recuperado da anorexia nervosa. Os resultados relativamente às variáveis sociodemográficas dos dois grupos serão apresentados mais detalhadamente no ponto 5.1.

4.2.2. Materiais

No presente estudo foram utilizadas as mesmas medidas de avaliação utilizadas, em 2002/2003, na avaliação da fase ativa da doença. Contudo, e com o objetivo de alargar o espectro de análise das competências emocionais na fase de recuperação da doença, acrescentamos uma medida para avaliar as dificuldades de regulação emocional.

Adicionalmente, realizou-se uma entrevista semiestruturada desenvolvida especificamente para a presente investigação.

A recolha de dados decorreu entre janeiro e setembro de 2015.

4.2.2.1. Entrevista para Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV (IDED-IV)

A Entrevista para Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV (Torres et al., 2008) constitui a versão portuguesa da “*Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV*” (IDED – IV; Kutlesic et al., 1998) e, tem como objetivo diagnosticar perturbações do comportamento alimentar segundo os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000).

A recente transição do DSM-IV-TR (APA, 2000) para o DSM-5 (APA, 2013) resultou numa definição mais ampla da anorexia nervosa uma vez que o limite para determinar o baixo peso aumentou, o medo de aumentar de peso não necessita de ser verbalizado caso os comportamentos que impeçam o aumento de peso possam ser observados, e o critério amenorreia deixou de ser um requisito. Tendo em consideração de que o diagnóstico de anorexia nervosa de acordo com o DSM-5 (APA, 2013) é menos restritivo do que o definido no DSM-IV-TR (APA, 2000), todos os indivíduos que foram diagnosticados de acordo com a definição de anorexia nervosa mencionada no DSM-IV-TR, manteriam o mesmo diagnóstico caso fosse aplicada a definição do DSM-5.

A mais recente definição da anorexia nervosa foi considerada na construção da entrevista de *follow-up*. Sem interferir na integridade e estrutura da IDED-IV (Torres et al., 2008), alteramos o processo de codificação tendo em consideração os critérios do DSM-5 (APA, 2013). No IDED-IV (Torres et al., 2008) é identificado o peso atual, e explorado o histórico dos sintomas e comportamentos alimentares, assim como o padrão alimentar atual e os motivos relacionados com a manutenção do baixo peso. A partir dessa informação é possível identificar a presença de medo em ganhar peso mesmo e quando esse medo não é verbalizando permitindo, deste modo, identificar a presença do Critério B, tal como definido no DSM-5 (APA, 2013). Ajustamos a definição de baixo peso para um índice de massa corporal inferior a 18.5 kg/ m² (Critério A), e removemos o critério amenorreia presente no DSM-IV-TR (APA, 2000). Não foram efetuadas

alterações referentes ao Critério C (perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual) uma vez que o mesmo se manteve nas duas versões do DSM.

Na segunda parte da entrevista, é explorado o subtipo de diagnóstico da anorexia nervosa. As questões efetuadas para definir o subtipo de diagnóstico permitem excluir a presença de outros diagnósticos de perturbações do comportamento alimentar, como é o caso da perturbação de ingestão alimentar compulsiva.

Através de uma escala de 5 pontos, que avalia tanto a severidade como a frequência dos sintomas, uma classificação de três ou mais pontos em todas as subescalas da secção de diagnóstico é a definição operacional para concluir que o participante confirma a presença de anorexia nervosa. Por sua vez, uma pontuação inferior a 3 pontos, em todas as subescalas, significa que o participante está recuperado da anorexia nervosa há, pelo menos, 12 meses.

4.2.2.2. Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (SAS)

A Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano et al., 1982; Serra, et al., 1982) constitui a versão portuguesa da “*Self Rating Anxiety Scale*” (Zung, 1971).

A escala é composta por 20 itens e permite avaliar os quatro componentes da ansiedade-estado: cognitiva (itens 1, 2, 3, 4 e 5), vegetativa (itens 6, 7, 8 e 9), motora (itens 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18), e do sistema nervoso central (itens 19 e 20). Os participantes respondem a cada item através da escolha de um dos quatro termos qualitativos: *nenhuma ou raras vezes* (1), *algumas vezes* (2), *uma boa parte do tempo* (3), ou *a maior parte ou a totalidade do tempo* (4).

Todos os itens são classificados de 1 e 4, com a exceção dos itens 5, 9, 13, 17 e 19 que são cotados inversamente (de 4 a 1). A classificação total da escala pode variar entre 20 a 80 pontos, onde uma pontuação mais elevada traduz um quadro mais severo de ansiedade. De acordo com Serra et al. (1982), uma classificação superior a 40 pontos traduz a presença de manifestações de ansiedade-estado.

A versão portuguesa apresenta boa consistência interna, fiabilidade teste-reteste, e boa validade constructo e preditiva (Ponciano et al, 1982; Serra et al., 1982). O alfa de

Cronbach para a amostra de participantes recuperadas da anorexia e grupo de controlo foi de .79.

4.2.2.3. Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung (SDS)

A Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung (Diegas & Cardoso, 1986) constitui a versão portuguesa da “*Self-Rating Depression Scale*” (Zung, 1965). Composta por 20 itens, esta escala foi desenvolvida com o propósito de avaliar a sintomatologia depressiva.

Na construção da SDS, o autor agrupou os sintomas em três categorias: (a) perturbações afetivas comuns (itens 1 e 3), (b) perturbações fisiológicas (itens 2, 4-10), e (c) perturbações psicológicas, sendo que estas últimas englobam a atividade psicomotora (itens 12 e 13) e a componente ideativa (itens 11, 14-20).

Os participantes devem avaliar a forma como cada item se aplica a si próprio assinalando uma das seguintes opções: *raramente* (1), *por vezes* (2), *muitas vezes* (3), ou *quase sempre* (4).

Todos os itens são classificados de 1 e 4, com a exceção dos itens 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 que são cotados inversamente (de 4 a 1). A classificação total da SDS pode variar entre 20 e 80, onde uma maior pontuação reflete um quadro depressivo mais severo. Os resultados devem ser interpretados de acordo com os seguintes critérios: (a) ausência de depressão: 0-29 pontos, (b) depressão leve: 29-37 pontos, (c) depressão média: 37-44 pontos, e (d) depressão grave: mais que 44 pontos.

A versão portuguesa mantém a mesma estrutura fatorial que a versão original e, apresenta boa validade convergente (Diegas & Cardoso, 1986). O alfa de Cronbach para a amostra de participantes recuperadas da anorexia e grupo de controlo foi de .86.

4.2.2.4. Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens (TAS-20)

A Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens (Prazeres et al., 2000) constitui a versão portuguesa da “*Toronto Alexithymia Scale – 20 itens*” (Bagby et al., 1994) e, foi desenvolvida com o propósito de avaliar os défices cognitivos e afetivos da alexitimia.

A escala é composta por 3 fatores distribuídos por 20 itens: dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais (TAS-DIF), dificuldade em

descrever os sentimentos aos outros (TAS-DDF), e estilo de pensamento orientado para o exterior (TAS-EOT).

Os participantes devem responder a cada item assinalando uma das seguintes opções: *discordo totalmente* (1), *discordo em parte* (2), *nem discordo nem concordo* (3), *concordo em parte* (4), ou *concordo totalmente* (5). Todos os itens são classificados de 1 e 5, com a exceção dos itens 4, 5, 10, 18 e 19, que são cotados inversamente (de 5 a 1).

Os resultados da TAS -20 podem ser analisados separadamente pelos três fatores: TAS-DIF (itens 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14), TAS-DDF (2, 4, 11, 12 e 17), e TAS-EOT (itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20). E, podem ser interpretados pelo seu total de acordo com os seguintes critérios: (1) alexitímico: pontuação igual ou superior a 61 pontos, (2) não alexitímico: pontuação igual ou inferior a 51 pontos, e (3) zona fronteira: pontuação entre 52 e 60 pontos.

A versão portuguesa mantém a mesma estrutura fatorial que a versão original, e apresenta elevada consistência interna ($\alpha = .79$), estabilidade temporal a três semanas ($r = .90$; $p < .001$), e validade constructo e preditiva (Prazeres et al., 2000). O alfa de Cronbach para a amostra de participantes recuperadas da anorexia e grupo de controlo foi de .81.

4.2.2.5. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (Coutinho et al., 2010) constitui a versão portuguesa da “*Difficulties in Emotion Regulation Scale*” (Gratz & Roemer, 2004) e, foi desenvolvida com o propósito de avaliar as dificuldades ao nível da regulação emocional.

A escala é composta por 36 itens e, seis fatores: (1) estratégias: acesso limitado às estratégias de regulação emocional, (2) não aceitação: não aceitação das respostas emocionais, (3) consciência: falta de consciência emocional, (4) impulsos: dificuldades no controlo dos impulsos, (5) objetivos: dificuldades em agir de acordo com os objetivos e, (6) clareza: falta de clareza emocional.

Os participantes devem responder a cada item assinalando uma das seguintes opções: *quase nunca* (1), *algumas vezes* (2), *metade das vezes* (3), a maioria das vezes

(4), ou quase sempre (5). Todos os itens são classificados de 1 e 5, com a exceção dos itens 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 e 34 que são cotados inversamente (de 5 a 1).

A pontuação total da DERS pode variar entre 36 a 180 pontos. Uma pontuação mais elevada traduz um quadro mais severo de dificuldades de regulação emocional.

A versão portuguesa (Coutinho et al., 2010) apresenta elevada consistência interna ($\alpha = .93$), estabilidade temporal a quatro semanas ($r = .82$; $p < .000$), e validade constructo e preditiva. No presente estudo, o alfa de Cronbach para a amostra de participantes recuperadas da anorexia e grupo de controlo foi de .95.

4.2.2.6. Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa (QAE-AN)

O Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa foi elaborado por Torres e Guerra (2003) com o objetivo de avaliar a experiência emocional dos participantes com o diagnóstico de anorexia nervosa, assim como as suas capacidades meta-emocionais.

O QAE-AN é composto por duas partes.

A Parte I tem como objetivo avaliar a frequência com que o participante experiêcia as 10 emoções primárias, definidas por Izard (1991), no dia-a-dia. No estudo de Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres, et al. (2011), as 10 emoções primárias foram agrupadas em três grupos: (a) emoções positivas: interesse, alegria, surpresa, (b) emoções negativas voltadas para o interior: medo, vergonha, tristeza e, culpa, e (c) emoções negativas voltadas para o exterior: cólera, nojo, desprezo. Perante cada emoção, o participante deve identificar a frequência com que sente habitualmente essa emoção, através de uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos em que 1 corresponde a *nunca* e 5 corresponde a *quase sempre*.

A Parte II é composta por 28 estímulos, i.e., 28 descrições breves de situações hipotéticas, onde o participante deve identificar qual a emoção mais proeminente que imagina sentir em cada uma bem como a intensidade da mesma. Esta tarefa exige capacidades meta-emocionais nomeadamente a capacidade para raciocinar sobre as emoções sentidas perante situações hipotéticas, a capacidade de nomear as emoções e a capacidade de as relembrar, caso tenha passado por elas. Para cada estímulo, o

participante tem duas opções de resposta: não sinto nada e sinto. Se a resposta ao estímulo apresentado for não sinto nada, o participante avança para o estímulo seguinte. Se a resposta for sinto, o mesmo deve assinalar qual a emoção sentida como mais marcante e com que intensidade a sente. A grelha de resposta é uma escala tipo Likert de 5 pontos em que 1 corresponde a quase nada e o 5 corresponde a muito. Dos 28 estímulos, 10 são considerados estímulos de controlo uma vez que são referentes a situações gerais do dia-a-dia (itens 1, 3, 6, 11, 14, 16, 19, 21, 24, 27) e, 10 são referentes a situações específicas da anorexia nervosa (itens 2, 5, 7, 10, 13, 15, 17, 20, 23, 26). Os restantes oito estímulos são itens de despiste cujo propósito é despistar o participante do objetivo do questionário. À exceção dos estímulos de despiste, todas as situações foram selecionadas com o intuito de suscitarem preferencialmente uma emoção primária. Contudo, tal não significa que não seja possível despoletar outra emoção (**Quadro 3**).

Quadro 3

Estímulos incluídos no QAE-AN - Parte II

Item	Estímulos de controlo	Emoção
1	Quando recebo uma carta de um amigo que já não vejo há muito tempo...	Surpresa
3	Quando criticam com razão as minhas atitudes ou comportamentos...	Vergonha
6	Quando penso na morte...	Medo
11	Quando entro num local sujo...	Nojo
14	Quando faço um comentário sobre alguém que mais tarde o vem a prejudicar...	Culpa
16	Quando me desiludo com alguém de quem gosto muito...	Tristeza
19	Perante as pessoas que passam a vida a dar conselhos a outros mas que são um péssimo exemplo...	Desprezo
21	Quando sei de um acontecimento que vai decorrer em breve, se gosto do tema desse acontecimento...	Interesse
24	Quando cometem uma injustiça comigo...	Raiva
27	Quando tenho um bom desempenho na escola e/ou trabalho...	Alegria
Item	Estímulos referentes à anorexia nervosa	Emoção
2	Quando conheço alguém que me parece fraco e com pouca força de vontade...	Desprezo
5	Se insistem para eu comer quando não tenho vontade...	Raiva
7	Quando faço exercício físico e vejo que estou em forma...	Alegria
10	Quando não atinjo um objetivo que é importante para mim...	Tristeza
13	Quando vejo nas revistas novas sugestões de dietas...	Interesse
15	Quando me dizem que estou com bom aspeto, bonita...	Surpresa
17	Quando tenho que expor o meu corpo (ex: praia, ginástica)...	Vergonha
20	Quando olho para uma mesa com bastante comida...	Nojo
23	Quando me convidam para uma festa de aniversário...	Medo
26	Quando acho que comi demais...	Culpa

As opções *nunca* (Parte I) e *não sinto nada* (Parte II) poderão indicar uma das seguintes hipóteses: (a) não sentir nenhuma das emoções apresentadas, (b) dificuldade em identificar a(s) emoção(ões) sentida(s), (c) incapacidade para raciocinar sobre as emoções que o próprio pode sentir perante várias situações hipotéticas, e/ou (d) dificuldade em diferenciar as emoções. Por sua vez, a escolha de uma emoção específica pode indicar a capacidade para identificar, nomear e relembrar emoções.

4.2.2.7. Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa

A Entrevista semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa foi desenvolvida para o presente estudo com o objetivo de explorar o modo como os participantes recuperados da anorexia nervosa compreendem e interpretam a experiência e a vivência da sua perturbação do comportamento alimentar.

A entrevista é composta cinco partes, e por dois tipos de questões: questões abertas e questões fechadas. As questões são feitas, primeiramente, num formato completamente aberto, e só no final, num formato fechado com o objetivo de hierarquizar o grau de importância e/ou dificuldade do tema abordado, e, deste modo, sintetizar a informação numa listagem.

A primeira parte tem como objetivo explorar o modo como as participantes lidavam e regulavam as emoções antes do aparecimento da anorexia nervosa, assim como identificar os fatores percebidos como relevantes na etiologia da doença.

Na segunda parte da entrevista, o foco está dirigido em identificar as abordagens terapêuticas implementadas no tratamento da perturbação do comportamento alimentar, e em destacar as que foram consideradas mais e menos benéficas na recuperação da doença, na perspetiva das participantes. Para além disso, nesta segunda parte da entrevista, pretende-se, igualmente, investigar se as participantes se consideram ou não totalmente recuperadas mesmo e apesar de reunirem os critérios de inclusão na amostra de participantes recuperadas da anorexia nervosa do presente estudo.

A terceira parte da presente entrevista foi desenhada com o objetivo de identificar os fatores que tiveram um papel importante no aparecimento de recaídas. Nesta terceira parte da entrevista existe, igualmente, o objetivo de explorar mais aprofundadamente o

modo como as participantes lidavam e regulavam as emoções antes e durante a fase da recaída.

A quarta parte da entrevista tem como objetivo identificar os fatores que tiveram um papel importante no processo de recuperação e manutenção dos ganhos terapêuticos. E, mais especificamente, explorar o modo como as participantes lidavam e regulavam as emoções na fase de recuperação da anorexia nervosa

A entrevista termina com uma parte composta por duas questões abertas que foram construídas com o objetivo de explorar a perspectiva das participantes relativamente ao modo com as pessoas devem lidar perante a vivência de estados emocionais intensos, e como os profissionais da área devem intervir perante indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa que têm dificuldades em identificar, lidar e regular as emoções.

Na construção da entrevista existiu o cuidado em não limitar e/ou impor às participantes determinadas respostas, e em possibilitar que tivessem a oportunidade de criar as suas próprias narrativas com base nas suas próprias conceções e trajetória.

A versão final pode ser consultada no **Anexo A**, e resulta de ajustamentos efetuados após testes piloto, i.e., a entrevista foi inicialmente testada junto de duas participantes que recuperaram da anorexia nervosa, e que não fazem parte da amostra do presente estudo. A partir dos testes piloto foi possível reformular algumas questões, e foi eliminada uma secção da entrevista previamente desenhada para explorar o funcionamento emocional em participantes não recuperadas da anorexia nervosa.

4.2.3. Procedimento

A presente investigação recebeu aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Referência 2-11/2015), e do Centro Hospitalar São João, Porto (Referência CE-92-2014).

Os participantes assinaram uma declaração de consentimento antes de participarem no presente estudo (**Anexo B**).

As entrevistas e os questionários foram aplicados por uma Psicóloga.

4.2.4. Investigação quantitativa: Procedimentos estatísticos

As participantes completaram na totalidade os questionários, pelo que não foram detetados dados omissos.

Neste sentido, foi aplicado o teste Kolmogorov-Sminorv (KS; com a correção de Lilliefors Significance), que apresentou resultados não significativos (*Sig.* > .05); e foram calculados os valores da assimetria (*skweness*; Sk) e da curtose (*kurtosis*; K), que demonstraram ser inferiores a 3.0 e 8.0, respetivamente (Kline, 2005). Verificou-se, deste modo, que as variáveis em estudo apresentavam uma distribuição normal.

A análise estatística iniciou-se com a condução de testes *t* para amostras independentes, com o objetivo de verificar se as médias das variáveis demográficas (idade, índice de massa corporal e anos de escolaridade) diferiam entre o grupo de recuperadas da anorexia nervosa e o grupo de controlo.

O coeficiente de correlação de Pearson (*r*) foi calculado com o objetivo de explorar a relação existente entre o índice de massa corporal e a ansiedade, depressão e alexitimia, quer na fase aguda da anorexia nervosa quer na fase recuperada da doença. A relação existente entre estas variáveis foi, igualmente, analisada através dos *change scores*, i.e., diferenças entre a fase de recuperação da anorexia nervosa e a fase aguda da doença.

Os testes *t* para amostras emparelhadas foram utilizados para explorar se ocorreram alterações desde a fase aguda da anorexia nervosa até à fase de recuperação da doença relativamente aos valores totais dos níveis de ansiedade, depressão, e alexitimia. Por sua vez, a análise multivariada da variância (MANOVA) de medidas repetidas foi conduzida com o objetivo de explorar se ocorreram alterações, ao longo do curso da doença, relativamente aos valores das subescalas/ fatores dessas mesmas medidas e do QAE-AN, mais especificamente a frequência com que as participantes experienciam as 10 emoções primárias no dia-a-dia (QAE-AN, parte I), e a intensidade das emoções sentidas perante situações hipotéticas (QAE-AN, parte II). A análise da intensidade emocional foi realizada tendo em consideração o agrupamento dos 20 estímulos em quatro grupos: (1) estímulos referentes a situações específicas da anorexia nervosa que despoletam emoções positivas ($n = 3$), (2) estímulos referentes a situações gerais do dia-a-dia que despoletam emoções positivas ($n = 3$), (3) estímulos referentes a

situações específicas da anorexia nervosa que despoletam emoções negativas ($n = 7$), e (4) estímulos referentes a situações gerais do dia-a-dia que despoletam emoções negativas ($n = 7$). Para cada grupo foi calculado o valor total da intensidade emocional sentida.

As diferenças entre o grupo recuperado da anorexia nervosa e o grupo de controlo relativamente aos valores totais da ansiedade, depressão, alexitimia, dificuldades de regulação emocional foram calculadas através da análise da covariância (ANCOVA), onde o efeito da variável anos de escolaridade foi controlado. Por sua vez, a análise multivariada da covariância (MANCOVA) foi conduzida para explorar as diferenças entre os dois grupos nas subescalas ou fatores da SAS, SDS, TAS-20, DERS e QAE-AN, controlando, igualmente, o efeito dos anos de escolaridade. A MANCOVA foi ainda aplicada para explorar a influência da ansiedade e da depressão no funcionamento emocional uma vez que se pretendeu analisar se as diferenças entre os grupos relativamente à TAS-20, DERS e ao QAE-AN permaneciam após controlar o efeito da escolaridade e das alterações emocionais (SAS e SDS). A multicolinearidade entre as variáveis dependentes, e entre as variáveis dependentes e as covariáveis foi testada através do coeficiente de correlação de Pearson (r). Os valores do r foram todos inferiores a .80, não tendo sido, deste modo, identificada multicolinearidade entre as variáveis (Field, 2005).

O eta ao quadrado (*eta squared*; η^2) e o eta ao quadrado parcial (*partial eta squared*; η^2_p) foram considerados para avaliar o tamanho do efeito dos testes t para medidas repetidas e ANCOVA, respetivamente. O tamanho do efeito varia entre pequeno (η^2 e $\eta^2_p < .01$), médio (η^2 e $\eta^2_p < .06$) e grande (η^2 e $\eta^2_p < .14$; Field, 2005).

A análise estatística foi calculada através do programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 25.

4.2.5. Investigação qualitativa: Procedimentos de análise de dados

A passagem da Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa foi aplicada, entre janeiro e setembro de 2015, a 21 (87,5%) das 24 participantes recuperadas da anorexia nervosa deste estudo, uma vez que três

participantes alegaram indisponibilidade de tempo para responderem às questões, e teve uma duração mínima de 1h00 e máxima de 2h00.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, com a exceção de cinco que foram realizadas via videochamada, devido à distância física das participantes. Das entrevistas realizadas presencialmente, a maioria ocorreu nas instalações da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. As restantes entrevistas foram realizadas em locais estrategicamente escolhidos perto da área de residência das participantes.

A informação recolhida, a partir das entrevistas, foi gravada e transcrita na totalidade. A transcrição das entrevistas foi lida pormenorizadamente, e foi realizada uma análise de conteúdo, ou seja, “uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (Bardin, 1994, p. 18).

A análise de conteúdo seguiu as fases propostas por Bardin: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados.

Na fase de pré-análise foram identificados quatro momentos a que os discursos se referiam: antes do aparecimento da doença, manutenção da doença, recaída, e recuperação da anorexia nervosa.

Para estes quatro momentos emergiram os seguintes temas: fatores relacionados com a doença e com a recuperação, estratégias de regulação emocional utilizadas ao longo do curso da doença, e aspetos mais e menos valorizados da terapia.

Após esta primeira fase exploratória, a exploração do material implicou o recorte de conteúdos. Os relatos foram decompostos em várias unidades de sentido/ significado que foram codificadas, e posteriormente agrupadas em subcategorias e categorias de conteúdo. O agrupamento dos elementos comuns resultou na repartição dos mesmos pelas subcategorias e categorias previamente categorizadas na entrevista à medida que foram encontrados. Contudo, e face à existência de alguns elementos comuns que não se enquadravam nas categorias previamente definidas, procedemos à classificação analógica e progressiva, i.e., foi adotado o procedimento por “milha” onde o título concetual de cada subcategoria foi apenas definido no final da operação (Bardin, 1977).

Foi, assim, usado um modelo misto de categorização analítica, ou seja, as categorias foram à partida selecionadas pela investigadora, que ao longo do processo se permitia a modificá-las em função da análise a decorrer. As categorias procuraram ser pertinentes, tão exaustivas quanto possíveis, não demasiadas, precisas. A riqueza de algumas unidades de sentido fez com que, por vezes, não fossem mutuamente exclusivas e fossem categorizadas em mais do que uma subcategoria.

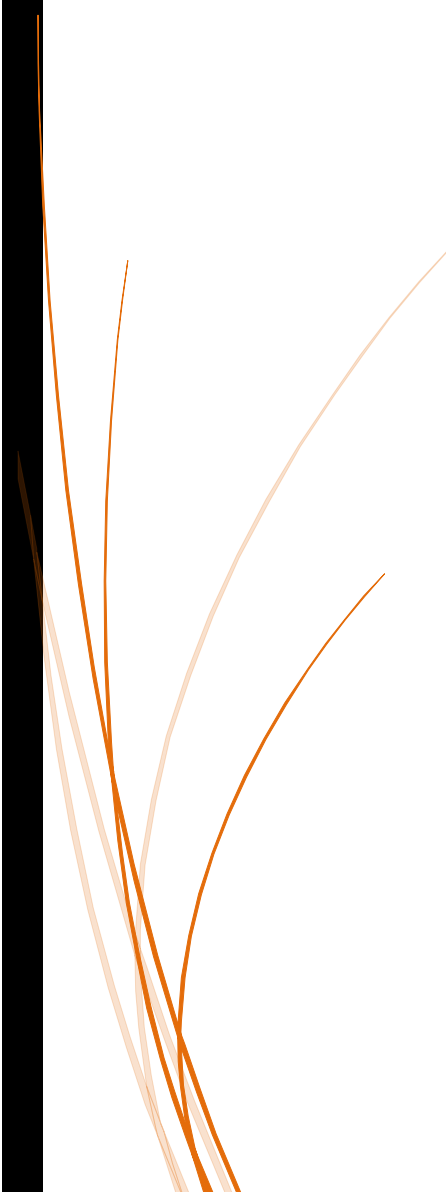

Após a identificação e nomeação categorial, foi desenvolvida uma análise das categorias em termos das suas propriedades e dimensões.

Foram, deste modo, exploradas as relações de causa e/ou consequência entre as categorias, i.e., foi levado a cabo o processo de codificação axial, seguido de uma hierarquização das mesmas.

Em suma, no sentido de assegurar a credibilidade do procedimento qualitativo foram:

- realizados testes piloto de recolha de dados, conforme descrito na alínea 4.2.2.7.,
- analisado todo o material recolhido e organizado num referencial de codificação simples,
- redigida uma descrição detalhada dos resultados, com disponibilização dos excertos das fontes, no sentido de outros investigadores poderem reconstruir a análise e proporcionando-lhes um julgamento informado,
- realizadas comparações sucessivas dos dados, e
- levada a cabo uma validação comunicativa (Caudle, 1994), envolvendo uma discussão partilhada entre a investigadora e as orientadoras na validação da categorização e das teorias subjetivas construídas.

A análise qualitativa foi realizada através do programa QDA Miner Lite, versão 2.0.7..



CAPÍTULO V:

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Os resultados apresentados, neste capítulo, foram publicados em 2021 (Castro et al., 2021).

5.1. Características demográficas

A análise estatística iniciou-se com a análise comparativa das características demográficas, i.e. idade, índice de massa corporal e anos de escolaridade, do grupo recuperado da anorexia nervosa e do grupo de controlo.

Os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação à idade, $t(46) = 0.62, p = .54, d = .17$ e ao índice de massa corporal, $t(46) = -1.47, p = .15, d = -.42$. Contudo, o grupo de controlo tem mais anos de escolaridade ($M = 16.58, SD = 1.95$) do que o grupo recuperado da anorexia nervosa ($M = 14.67, SD = 3.42$), $t(37) = -2.38, p = .02, d = -.69$.

5.2. Relação entre o índice de massa corporal e o funcionamento emocional

Na fase aguda da anorexia nervosa e na fase recuperada da doença não foram encontradas associações significativas entre as variáveis emocionais (SAS, SDS, TAS-20) e o índice de massa corporal (r entre $-.09$ e $.16; p > .05$; **Tabela 1**). A análise estatística r de Pearson foi, igualmente, realizada tendo em consideração os *change scores* e, do mesmo modo, não foram encontradas correlações significativas entre as variáveis (r entre $-.13$ e $.17; p > .05$).

Na fase recuperada da anorexia nervosa foi, igualmente, explorada a relação existente entre o índice de massa corporal e as dificuldades de regulação emocional (total e subescalas), e não foram encontradas correlações significativas entre as variáveis (r entre $-.16$ e $-.07; p > .05$).

Tabela 1

Correlações entre o índice de massa corporal e ansiedade, depressão, alexitimia, e dificuldades de regulação emocional

Medida	IMC* (AN - ativa)	IMC* (AN - recuperada)	Change IMC* (AN - ativa)	Change IMC* (AN - recuperada)
SAS	.161	-.097	-.121	.067
SDS	.065	.003	-.098	-.044
TAS-20 (Total)	-.064	.010	-.025	-.142
TAS- DIF	-.042	.003	.050	-.102
TAS- DDF	-.090	-.148	-.013	-.222
TAS- EOT	-.034	.164	-.155	-.004
DERS (Total)	–	-.102	–	-.275
DERS - Estratégias	–	-.165	–	-.302
DERS – Não aceitação	–	-.077	–	-.129
DERS - Consciência	–	.106	–	-.109
DERS - Impulsos	–	-.088	–	-.332
DERS - Objectivos	–	-.121	–	-.292
DERS – Clareza	–	-.113	–	-.091

Nota. IMC = Índice de Massa Corporal; Change IMC (diferenças entre a fase de recuperação da anorexia nervosa e a fase aguda da doença); AN = anorexia nervosa; SAS = Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung; SDS = Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung; TAS-20 (Total) = Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens; TAS-DIF = Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos

de sensações corporais; TAS-DDF = Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; TAS-EOT = Estilo de pensamento orientado para o exterior.

*todos os valores de p foram $> .05$.

5.3. Ansiedade, depressão, alexitimia, e dificuldades de regulação emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos

As participantes apresentaram valores significativamente mais baixos de ansiedade, depressão e alexitimia na fase recuperada da anorexia nervosa em comparação com a fase aguda da doença (**Tabela 2**), com um tamanho do efeito grande (η^2 entre .34 e .64). No que diz respeito à alexitimia e tendo em consideração o ponto de corte de 61 pontos na TAS-20 (Taylor et al., 1997), a taxa de prevalência diminuiu de 58% para 17% com a recuperação da anorexia nervosa.

Tabela 2

Ansiedade, depressão, alexitimia, e dificuldades de regulação emocional (valores totais): Análise longitudinal e comparação entre grupos

Medida	AN - ativa (n = 24) M (SD)	AN - recuperada (n = 24) M (SD)	GC (n = 24) M (SD)	AN - ativa vs. AN – recuperada paired t-test	AN – recuperada vs. GC ^a η2	F	η2p
SAS	47.08 (11.65)	37.38 (6.75)	31.25 (4.80)	3.47**	.34	9.36***	.17
SDS	52.88 (11.80)	36.46 (9.37)	31.08 (6.99)	6.42***	.64	3.69	.08
TAS-20	62.33 (15.13)	46.88 (11.52)	38.83 (10.01)	4.94***	.51	3.13	.07
DERS	–	81.79 (24.63)	59.96 (15.66)	–	–	11.86***	.21

Nota. AN = anorexia nervosa; GC = grupo de controlo; SAS = Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung; SDS = Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung; TAS-20 (Total) = Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens; DERS = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

^a ANCOVA; covariável: escolaridade.

** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados da MANOVA de medidas repetidas indicam que houve uma diminuição significativa nas pontuações médias dos fatores da alexitimia ao longo do curso da doença, $F(3, 21) = 8.00, p = .001, \text{Wilks' } \Lambda = .47, \eta^2_p = .53$ (**Tabela 3**).

O grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa foi, igualmente, comparado com o grupo de controlo relativamente à ansiedade, depressão, alexitimia e dificuldades de regulação emocional, após o efeito da escolaridade ser controlado (**Tabela 3**). Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na SAS, com o grupo recuperado da anorexia nervosa a apresentar valores mais elevados de ansiedade. Contudo, não foram detetadas diferenças entre os grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ao total da TAS-20 (**Tabela 3**). No que diz respeito aos fatores da alexitimia, não foram identificadas diferenças entre os grupos nas subescalas TAS-DDF e TAS-EOT ($p > .05$; **Tabela 3**). Porém, o grupo recuperado da anorexia nervosa apresentou maiores dificuldades em identificar os sentimentos (TAS-DIF) do que o grupo de controlo. Por sua vez, e no que diz respeito às dificuldades de regulação emocional, o grupo recuperado da anorexia nervosa apresentou valores significativamente mais elevados no total da DERS e subescalas ($p < .05$), com a exceção da subescala Consciência (**Tabela 3**).

Tabela 3

Alexitimia e dificuldades de regulação emocional (fatores e subescalas): Análise longitudinal e comparação entre grupos

Medida	AN - ativa (n = 24) M (SD)	AN - recuperada (n = 24) M (SD)	GC (n = 24) M (SD)	AN – ativa vs. AN - recuperada ^a		AN – recuperada vs. GC ^b	
				F	η^2_p	F	η^2_p
TAS-20							
TAS- DIF	23.21 (7.85)	16.08 (6.79)	11.13 (4.87)	19.24***	.46	4.75*	.10
TAS- DDF	17.17 (5.45)	12.17 (4.17)	9.71 (3.62)	13.37***	.37	3.70	.08
TAS- EOT	21.96 (4.49)	18.63 (4.39)	18.00 (4.20)	12.83**	.35	0.22	.01
DERS							
DERS - Estratégias	–	17.75 (7.16)	11.83 (3.28)	–	–	13.66***	.23
DERS – Não aceitação	–	15.50 (6.09)	11.13 (5.59)	–	–	5.90**	.12
DERS - Consciência	–	13.63 (4.86)	12.67 (3.93)	–	–	0.40	.01
DERS - Impulsos	–	12.79 (4.89)	8.29 (2.46)	–	–	13.25***	.23
DERS - Objectivos	–	13.08 (4.49)	9.38 (3.79)	–	–	9.59***	.18
DERS - Clareza	–	9.04 (4.01)	6.67 (1.95)	–	–	4.66*	.09

Nota. AN = anorexia nervosa; GC = grupo de controlo; TAS-20 (Total) = Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens; TAS-DIF = Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais; TAS-DDF = Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; TAS-EOT = Estilo de pensamento orientado para o exterior; DERS = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

^aMANOVA de medidas repetidas; TAS-20 Model: $F(3, 21) = 8.00, p = .001, \text{Wilks' } \Lambda = .47, \eta^2_p = .53$.

^bMANCOVA (covariável: escolaridade); TAS-20 Model: $F(3, 43) = 2.33, p = .088, \text{Wilks' } \Lambda = .86, \eta^2_p = .14$; DERS Model: $F(6, 40) = 2.43, p = .043, \text{Wilks' } \Lambda = .73, \eta^2_p = .27$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

5.4. O papel da ansiedade e da depressão no funcionamento emocional durante a fase recuperada da anorexia nervosa

Seguidamente procurou-se investigar se as diferenças observadas no ponto anterior entre o grupo recuperado da anorexia nervosa e o grupo de controlo relativamente à TAS-DIF e à DERS total e subescalas (exceto a subescala Consciência) permaneciam após controlar o efeito da escolaridade e da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Os resultados indicaram que, controlando o efeito das covariáveis, as diferenças entre os grupos deixaram de ter significância estatística relativamente à TAS-DIF, $F(1, 43) = .27, p = .61, \eta^2_p = .01$, e a duas subescalas da DERS: Não aceitação, $F(1, 43) = 1.55, p = .22, \eta^2_p = .04$; e Clareza, $F(1, 43) = .77, p = .39, \eta^2_p = .02$. Por sua vez, o grupo recuperado da anorexia nervosa continuou a apresentar valores significativamente mais elevados do que o grupo de controlo na DERS total, $F(1, 43) = 6.03, p = .02, \eta^2_p = .12$; e nas subescalas Estratégias, $F(1, 43) = 7.02, p = .01, \eta^2_p = .14$; Impulsos, $F(1, 43) = 5.37, p = .03, \eta^2_p = .11$; e Objetivos, $F(1, 43) = 4.92, p = .03, \eta^2_p = .10$.

5.5. Frequência e a intensidade emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos

5.5.1. QAE-AN (Parte I)

A análise longitudinal e a comparação entre os grupos, relativamente à frequência com que os sujeitos experienciaram as 10 emoções primárias no dia-a-dia, estão descritas na **Tabela 4**.

Assistiu-se a um significativo aumento da experiência das emoções positivas, e a uma diminuição significativa da frequência da experiência de emoções negativas primárias (voltadas para o interior e para o exterior), com um tamanho do efeito grande (η^2 entre .17 e .46), com a recuperação da doença.

O grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa foi, igualmente, comparado com o grupo de controlo, controlando o efeito da escolaridade (**Tabela 4**). Verificou-se que o grupo recuperado da anorexia nervosa experienciou menos

frequentemente alegria do que o grupo de controlo, $F(1, 45) = 7.28, p = .01, \eta^2_p = .14$, e não foram identificadas diferenças entre os grupos relativamente à experiência de interesse e surpresa ($p > .05$). Para além disso, o grupo recuperado da anorexia nervosa experienciou mais frequentemente emoções negativas do que o grupo de controlo, com a exceção da experiência da cólera ($p > .05$). O tamanho do efeito foi maior para as emoções negativas voltadas para o interior (η^2_p entre .12 e .19) do que das voltadas para o exterior (η^2_p entre .07 e .09).

A MANCOVA foi efetuada com o objetivo de explorar se as diferenças entre o grupo recuperado da anorexia nervosa e o grupo de controlo, relativamente à experiência de alegria e às emoções negativas (exceto a cólera) permaneciam, controlando o efeito da escolaridade e das alterações emocionais (SAS e SDS; **Tabela 4**). Controlando o efeito destas covariáveis, verificou-se que as diferenças entre os grupos permaneceram relativamente às emoções negativas voltadas para o exterior, $F(2, 42) = .58, p = .564$, Wilks' $\Lambda = .97, \eta^2_p = .03$. No que diz respeito às emoções negativas voltadas para o interior, as diferenças entre os grupos desapareceram relativamente à experiência de tristeza, $F(1, 43) = 2.60, p = .11, \eta^2_p = .06$; vergonha $F(1, 43) = 1.35, p = .25, \eta^2_p = .03$; e medo, $F(1, 43) = 3.65, p = .06, \eta^2_p = .08$. Contudo, as diferenças entre os grupos relativamente à experiência de culpa, $F(1, 43) = 6.71, p = .01, \eta^2_p = .14$ mantiveram-se estatisticamente significativas. Para além disso, o grupo de controlo continuou a experienciar mais frequentemente alegria do que as participantes recuperadas da AN, após o controlo das covariáveis, $F(1, 43) = 4.42, p = .040, \eta^2_p = .09$.

Tabela 4*Frequência emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos*

Medida	AN - ativa	AN - recuperada	HC	AN – ativa vs. AN - recuperada ^a		AN - recuperada vs. GC ^b	
	(n = 24)	(n = 24)	(n = 24)	F	η ² p	F	η ² p
Emoções positivas							
Alegria	2.58 (1.18)	3.67 (0.87)	4.25 (0.74)	14.57***	.45	7.28**	.14
Interesse	3.46 (1.14)	4.38 (0.71)	4.21 (0.72)	19.15**	.39	1.28	.03
Surpresa	2.46 (0.98)	3.13 (0.85)	3.29 (0.69)	7.36*	.24	0.70	.02
Emoções negativas voltadas para o exterior							
Nojo	2.33 (1.27)	1.75 (1.03)	1.29 (0.86)	19.21***	.23	4.06*	.08
Desprezo	2.63 (1.38)	1.83 (0.92)	1.33 (0.64)	6.75**	.27	4.19*	.09
Cólera	2.92 (1.44)	1.71 (0.86)	1.33 (0.70)	8.66**	.46	3.24	.07
Emoções negativas voltadas para o interior							
Culpa	4.00 (1.32)	2.75 (1.36)	1.67 (0.87)	4.60*	.41	10.73**	.19

Tristeza	3.88 (1.23)	2.96 (1.04)	2.13 (0.85)	9.86**	.27	8.90**	.17
Vergonha	3.58 (1.32)	2.58 (1.21)	1.83 (0.96)	8.62**	.30	6.08*	.12
Medo	3.67 (1.31)	3.00 (1.06)	2.17 (0.87)	15.83***	.17	8.63**	.16

Nota. AN = anorexia nervosa; GC = grupo de controlo.

^aMANOVA de medidas repetidas; Modelo Emoções Positivas: $F(3, 21) = 9.65, p < .001$, Wilks' $\Lambda = .47 = .42, \eta^2_p = .58$; Modelo Emoções Negativas voltadas para o Exterior: $F(3, 21) = 7.10, p = .002$, Wilks' $\Lambda = .50, \eta^2_p = .50$; Modelo Emoções Negativas voltadas para o Interior: $F(4, 20) = 6.16, p = .002$, Wilks' $\Lambda = .45, \eta^2_p = .55$.

^bMANCOVA (covariável: escolaridade); Modelo Emoções Positivas: $F(3, 43) = 4.49, p = .008$, Wilks' $\Lambda = .76, \eta^2_p = .24$; Modelo Emoções Negativas voltadas para o Exterior: $F(3, 43) = 1.78, p = .165$, Wilks' $\Lambda = .89, \eta^2_p = .11$; Modelo Emoções Negativas voltadas para o Interior: $F(4, 42) = 3.23, p = .021$, Wilks' $\Lambda = .77, \eta^2_p = .24$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

5.5.2. QAE-AN (Parte II)

A análise longitudinal e a comparação entre grupos relativamente à intensidade emocional experienciada perante situações hipotéticas está descrita na **Tabela 5**.

Na fase recuperada da anorexia nervosa, em comparação com a fase aguda da doença, as participantes sentiram de forma mais intensa as emoções negativas desencadeadas pelos estímulos associados à anorexia nervosa. E, sentiram de forma menos intensa as emoções positivas despoletadas pelos estímulos de controlo ($p < .001$; $\eta^2 = .69$ e $.71$, respetivamente).

Por sua vez, a intensidade das emoções positivas desencadeadas pelos estímulos associados à anorexia nervosa, e a intensidade das emoções negativas desencadeadas pelos estímulos de controlo foram sentidas sem alterações significativas nas duas fases da anorexia nervosa ($p > .05$).

O grupo recuperado da anorexia nervosa e o grupo de controlo foram comparados, controlando o efeito da escolaridade. Não se identificaram diferenças relativamente à intensidade emocional vivida perante os estímulos referentes a situações relacionadas com o peso e alimentação, e a situações gerais do dia-a-dia ($p > .05$).

Tabela 5*Intensidade emocional: Análise longitudinal e comparação entre grupos*

Medida	AN - ativa (<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>SD</i>)	AN - recuperada (<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>SD</i>)	HC (<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>SD</i>)	AN – ativa vs. AN - recuperada ^a F	η^2_p	AN – recuperada vs. GC ^b F	η^2_p
Estímulos AN							
Emoções positivas	11.58 (2.96)	10.92 (3.67)	10.25 (2.51)	0.75	.03	0.09	.00
Emoções negativas	10.13 (2.19)	21.46 (6.97)	17.50 (6.20)	52.31***	.71	3.10	.06
Estímulos Gerais							
Emoções positivas	12.92 (2.45)	8.75 (0.85)	8.71 (0.81)	55.28***	.70	0.19	.00
Emoções negativas	27.67(5.11)	29.04(3.98)	26.25(4.93)	1.88	.08	4.00	.08

Nota. AN = anorexia nervosa; GC = grupo de controlo; Estímulos AN = estímulos referentes a situações específicas da anorexia nervosa; Estímulos Gerais: estímulos referentes a situações gerais do dia-a-dia.

^aMANOVA de medidas repetidas; Modelo Estímulos AN: $F(2, 22) = 27.96, p < .001$, Wilks' $\Lambda = .28, \eta^2_p = .72$; Modelo Estímulos Gerais: $F(2, 22) = 33.41, p < .001$, Wilks' $\Lambda = .28, \eta^2_p = .75$.

^bMANCOVA (covariável: escolaridade); Modelo Estímulos AN: $F(2, 44) = 1.80, p = .178$, Wilks' $\Lambda = .93, \eta^2_p = .08$; Modelo Estímulos Gerais: $F(2, 44) = 1.97, p = .151$, Wilks' $\Lambda = .92, \eta^2_p = .08$.

*** $p < .001$.



CAPÍTULO VI:
RESULTADOS QUALITATIVOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da análise qualitativa dos dados recolhidos através da Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa.

A entrevista foi aplicada a 21 das 24 participantes recuperadas da anorexia nervosa. A média de idade de início da anorexia nervosa foi aos 19 anos, cujo intervalo variou entre os 11 e os 23 anos.

Os resultados foram divididos em fatores relacionados com a etiologia, recaída e recuperação da anorexia nervosa. Na **Figura 1** apresentamos um esquema dos fatores implicados na etiologia, recaída e recuperação da anorexia nervosa.

Figura 1

Esquema resumo: Fatores etiológicos, de recaída e de recuperação da Anorexia Nervosa



6.1. Fatores relacionados com a doença e com a recuperação

6.1.1. Fatores relacionados com a etiologia da doença

Relativamente à etiologia da anorexia nervosa, 11 participantes recuperadas da doença (52.4%) perceberam a etiologia da anorexia nervosa como consequência de um único fator. As restantes 10 (47,6%) consideraram-na multideterminada, como os seguintes excertos evidenciam:

- “eu penso que é uma mistura. Penso que é uma combinação aleatória de todos e que deu errado” (P15);
- “foram os aspetos mencionados todos combinados que resultaram numa espécie de estupidez” (P2).

No que diz respeito aos fatores etiológicos identificados destacam-se: a insatisfação com o peso e formas corporais ($n = 8$), a influência e comparação com terceiros ($n = 8$), a dinâmica familiar ($n = 6$), mais especificamente a perda de peso como um pedido de atenção e afeto aos pais ($n = 3$) e a perda de peso como consequência da elevada exigência parental ($n = 3$), e a ansiedade e depressão ($n = 4$).

A insatisfação corporal foi associada, nos discursos das participantes, à baixa autoestima ($n = 2$), à necessidade de ser perfeita/ superior ($n = 1$), à necessidade de ser atraente para com o sexo oposto ($n = 1$), e ao envolvimento em atividades que se focam no peso, forma corporal e aparência ($n = 1$).

Oito participantes iniciaram um plano alimentar mais restrito e/ou recorreram ao vómito com o objetivo de perderem peso após terem sido influenciadas e/ou comparadas com terceiros. Mais especificamente, três participantes iniciaram uma dieta na sequência de um desafio e/ou competição entre amigas, outras três alteraram o padrão alimentar após se compararem com terceiros, e outras duas foram alvo de comentários negativos relativamente ao seu peso e formas corporais.

A origem da anorexia nervosa foi, ainda, identificada, por três participantes, como sendo uma chamada de atenção. Para estas participantes perder peso e ficar doente iria funcionar como um pedido de atenção e afeto aos pais. E, outras três participantes

focaram-se no peso e na alimentação como uma forma de evitar lidar com a elevada exigência parental.

Por último, quatro participantes identificaram a ansiedade ($n = 2$) e a depressão ($n = 2$) como fatores etiológicos da perturbação do comportamento alimentar. A perda de peso surgiu na sequência da falta de apetite e/ou dificuldade em comer devido à pressão sentida. Estas participantes relacionaram a ansiedade e a depressão ao isolamento social em que se encontravam ($n = 1$), à pressão para atingir os objetivos definidos ($n = 3$), e a um estilo parental exigente ($n = 1$).

No que diz respeito ao início do plano alimentar mais restritivo, 14 participantes (67%) iniciaram um plano alimentar mais restrito por iniciativa própria. Por sua vez, quatro (19%) iniciaram uma dieta em grupo. E outras três participantes (14%) referiram que a perda de peso se deveu à falta de apetite e/ou dificuldade em comer devido à experiência de ansiedade e depressão não tendo, deste modo, iniciado uma dieta de forma intencional.

No **Quadro 4**, ilustramos as diferentes conceções retrospectivas apresentadas pelas participantes.

Quadro 4

Fatores etiológicos da anorexia nervosa

Fatores	Exemplos de excertos relacionados com a etiologia da doença
Insatisfação com o peso e formas corporais (n = 8)	<p>“Não gostava do meu corpo” (P2).</p> <p>“Ninguém gosta de ser gorda e eu não era diferente das outras miúdas... também não queria ser gorda” (P3).</p> <p>“Eu não gostava das minhas coxas, eram muito grandes” (P10).</p> <p>“Pesava 75kg. Para uma adolescente de 15/16 anos pesar 75kg é muito. Estava muito acima do peso” (P17).</p> <p>“Era barriguda. Não tinha uma barriga grande, mas achava que sim” (P18).</p>
Influência e comparação com terceiros (n = 8)	<p>. desafio e/ou competição entre amigas (n = 3):</p> <p>“Isto foi tudo uma aposta entre amigas. Estávamos três amigas e entre as três apostamos para ver qual emagrecia mais depressa. A mais gordinha das três é que teve a ideia. Eu era a mais magrinha” (P7).</p> <p>“Pesava à volta de 50kg/52 kg no máximo. Nunca pesei mais do que isso. Na altura tinha uma colega que na hora de almoço comia um iogurte líquido com cereais e eu comecei a comer um iogurte líquido com</p>

cereais como almoço. Só que a minha colega comia mais coisas depois, por exemplo lanchava croissant com fiambre e, eu não tinha o hábito de lanchar. Por causa disso, comecei a perder peso e, a gostar de perder peso, a gostar de andar com as calças mais largas. E, por causa disso continuei a fazer dieta” (P9).

“Era eu e a minha melhor amiga. Ela era muito forte e arrastou-me para fazer dieta. Tínhamos uma dieta em conjunto e, fomos cortando, cortando, cortando... Agora que olho para traz penso... eram dois estalos bem dados! Fomos perdendo peso, gostávamos e continuávamos a cortar mais na comida até que chegamos a um exagero. Fomos alertadas pelos pais e professores, mas já não dava para parar, já estava demasiado entranhado. E, nessa altura a minha mãe levou-me a um médico” (P14).

. comparação com os outros ($n = 3$):

“Com 15 anos, comecei a interessar-me por rapazes e apesar de ter amigas mais gordinhas do que eu, também tinha amigas mais magras. A minha irmã (mais velha 4 anos) sempre foi magrinha. Então decidi perder 5kg. Perdi 5kg com muita facilidade mesmo, facilíssimo” (P3).

“Via que as minhas amigas eram mais magras, mais bonitas que eu, eu tinha caracóis e elas cabelos lisos.... E, depois começou aquela comparação. Foi a forma que encontrei para ter controlo sobre a minha

	<p>vida. Comparava-me, olhava e via que estava gorda e comparava o que vestia, as roupas. No verão, antes dos 15 anos, comecei a fazer exercício, a comer menos. Em setembro já se notava. E, de setembro a dezembro perdi muito peso” (P11).</p> <p>. comentários negativos feitos por terceiros (n = 2):</p> <p>“Começou com um comentário na escola. As minhas amigas diziam aos rapazes que eu usava dois soutiens. Na altura tinha o peito grande. Comecei a deixar de comer para diminuir o tamanho do peito. A minha mãe tem o peito muito grande (tamanho 42) e eu não queria ficar como ela” (P1).</p> <p>“E é claro, eu já não era uma pessoa magrinha e as pessoas faziam comentários, diziam que eu estava a ficar muito gordinha” (P5).</p>
<p>Baixa auto estima (n = 3)</p>	<p>“Tinha baixa autoestima, não gostava de mim. Quando perdia peso a autoestima ia para cima” (P2).</p>
<p>Perda de peso como um pedido de atenção e afeto aos pais (n = 3)</p>	<p>“Foi o ter que mudar para um sítio onde eu não queria estar. Tinha 13/14 anos. Vivíamos no Porto e os meus avôs decidiram ir viver para Marco de Canavezes. As pessoas eram extremamente más e eu meti na cabeça que queria ser anorética e fui. A anorexia era uma forma de chamada de atenção. E depois deixou de ser uma chamada de atenção e passei a afundar-me” (P16).</p>

	<p>“Também queria chamar a atenção aos meus pais para eles verem quem eu realmente era. Queria que eles vissem que eu era uma menina pequenina que precisava da atenção e do carinho deles. Os meus pais achavam que eu era uma menina muito crescida, independente e que não precisavam de andar em cima de mim porque eu tinha juízo” (P18).</p> <p>“Em minha casa a minha mãe trabalhava muito e o meu pai não era muito afetuoso. Se ficasse doente eles iam-me dar atenção” (P21).</p>
Elevada exigência parental (n = 3)	<p>“Tinha uma educação excessiva por parte do meu pai. Não podia errar, tinha que tirar boas notas, fazer tudo direito” (P13).</p> <p>“Achava as minhas pernas desproporcionais, eram cheiinhas. Estava mais preocupada em emagrecer do que com as formas, era a minha meta. O que eu achava na altura é que devemos alcançar as metas, sermos muito rigorosos. Estes ensinamentos de família, que assimilei na minha infância, não tinham nada a ver com o corpo, mas com as coisas da vida” (P15).</p> <p>“O meu pai era extremamente controlador comigo e eu acho que descarreguei dessa forma. Em casa era: não comas tanto, come só um pão não comas um e meio. Come só arroz, não comas a batata frita. Criticava o meu peso... E, eu acho que isso foi</p>

	<p>entrando na minha cabeça e a dada altura despoletou provavelmente” (P17).</p>
<p>Ansiedade (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Ficava com ansiedade para estudar, eu só queria estudar” (P4).</p> <p>“Tinha a pressão do estudo, o estar longe de casa e o querer boas notas comecei a emagrecer. Andei tão preocupada com as notas” (P6).</p>
<p>Depressão (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“No 10º ano escolhi a área de contabilidade e ganhei uma obsessão pelos estudos e tirava boas notas. Aguentei assim até ao 11º ano e tive um esgotamento. Aí entrei numa depressão e perdi peso porque não me apetecia comer” (P12).</p> <p>“A minha anorexia começou devido a uma depressão. Na altura tinha depressão por vários motivos: tinha uma educação excessiva por parte do meu pai, e não tinha relação social com os meus colegas” (P13).</p>
<p>Estado clínico que conduziu a alterações corporais (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Andava no 6.º ano, tinha uns 11 anos. Nessa altura tive uma pneumonia grave, tive que tomar muitos antibióticos e por causa disso ganhei uma úlcera. Fui perdendo peso gradualmente e, no 7º ano já estava muito magra. Tinha 12 anos na altura. Não me recorde de quanto pesava, mas a minha mãe diz que pesava à volta dos 30kg. Não me lembro de ser magra, esqueleto” (P4).</p>

	<p>“Comecei a aumentar demasiado o peso, sem uma justificação aparente e depois comecei a acordar de noite para comer e aquilo começou a fazer-me um bocado de confusão. Estava constantemente com fome e o meu peso sempre a aumentar. Cheguei aos 68kg. Nem fui ao médico para saber o que se passava” (P5).</p>
<p>Desejo de uma alimentação saudável (<i>n</i> = 1)</p>	<p>“A primeira vez tinha 11 anos e começou sem ter nada a ver... não tinha nada a ver com anorexia nem com ideias de peso nem nada disso. Foi uma questão de higiene. Foram coisas mais complicadas. Deixei de comer por outros motivos e quando dei por mim estava a gostar daquilo. Olha por questões da alimentação. A minha mãe é depressiva crónica, ela é que era responsável pela culinária, e para a alimentação não era a melhor, não era a mais adequada. Não concordava com a alimentação que a minha mãe fazia, eram muitas gorduras, não gostava da comida. Não comia.... Comia frutas e outras coisas que não tivessem que passar necessariamente pelo fogão. Fui perdendo peso” (P8).</p>
<p>Necessidade de ser perfeita/superior (<i>n</i> = 1)</p>	<p>“Achava que só podemos vencer profissionalmente se formos magros. Se eu conseguir emagrecer e ser magra eu sou superior às outras pessoas, porque toda a gente quer emagrecer. Toda a gente quer. Era algo com que eu me sentia superior” (P2)</p>
<p>Influência dos meios de comunicação social</p>	<p>“Comecei a vomitar tudo o que comia até porque tinha visto um programa na televisão a falar sobre as</p>

(n = 1)	anoréticas e acho que aquilo não me ajudou. De alguma forma ensinou-me a forma mais fácil de perder peso, não a mais saudável. Perdi logo 5kg. Fiquei satisfeita. Depois a coisa foi piorando” (P5).
Insatisfação profissional (n = 1)	“Não gostava do meu trabalho, sentia-me insatisfeita profissionalmente. Na altura trabalhava num restaurante e o meu objetivo sempre foi trabalhar com idosos” (P2).
Envolvimento em atividades que se focam no peso, forma corporal e aparência (n = 1)	“Eu sempre fui ginasta e sempre tive que expor o meu corpo. Na faculdade também tinha que expor o meu corpo por causa de usar equipamento. Queria ser perfeita, não queria que apontassem os meus defeitos” (P10).
Mudança de vida (n = 1)	“Estudava no porto e os meus pais vivem em Arouca. Eu só ia a casa aos fins-de-semana e usava roupa larga para eles não darem por ela. Também morava com 2 colegas que eram mais fortes do que eu e estavam a fazer dieta. E, eu comecei a comer o mesmo que elas comiam e cheguei aos 40kg. E comecei a gostar de ter um corpo magro” (P6).

Nota. P = participante.

Com o objetivo de se avaliar o grau de relevância dos fatores etiológicos acima mencionados, foi pedido às participantes para identificarem o fator que consideraram mais influente no desenvolvimento da anorexia nervosa, tendo em consideração a sua história pessoal.

A insatisfação com o peso e formas corporais foi considerado, pelas participantes recuperadas da anorexia nervosa, como o fator mais relevante na etiologia da perturbação do comportamento alimentar ($n = 6$), seguido pelo fator problemas familiares ($n = 5$), e início de uma dieta como consequência da influência do grupo de pares ($n = 4$), como o **Quadro 5** apresenta:

Quadro 5

Fatores etiológicos percebidos como os mais influentes na anorexia nervosa

Fatores	Total
Insatisfação com o peso e formas corporais	6
Problemas familiares	5
Início da dieta (decisão em grupo)	4
Pressão para atingir objetivos	2
Problemas de autoestima	2
Acontecimentos de vida negativos	1
Dificuldades relacionais fora da família	1

6.1.2. Fatores relacionados com a recaída da doença

Do total dos participantes, 33% ($n = 7$) mencionaram que após a alta clínica voltaram a ser diagnosticadas com uma Perturbação do Comportamento Alimentar.

De acordo com a perspectiva das participantes, a origem da recaída esteve relacionada com a dificuldade em lidar com sentimentos negativos/ desagradáveis, medo de engordar, pressão para atingir objetivos, e problemas familiares. Efetivamente, o foco no peso, corpo, alimentação e/ou o recurso ao vômito consistiu num escape, i.e., numa estratégia para evitar, lidar e/ou regular as emoções, mais especificamente, a ansiedade resultante do fato de estar desempregada, de ter conflitos com o namorado e/ou com os familiares, por se verem gordas e ou terem medo de engordar, e por se sentirem pressionadas em alcançar os objetivos.

Para além disso, duas participantes (10%) mencionaram que, apesar de ainda não terem tido alta clínica, consideraram ter experienciado um momento de recaída da doença uma vez que houve um agravamento do estado de saúde na sequência da não

continuidade do tratamento e por desconforto do valor ponderal, conforme os seguintes depoimentos:

- “desisti do tratamento porque não me identificava com o terapeuta, não me sentia à vontade. O meu peso baixou por causa disso... Reconheci que estava doente e fui pedir ajuda a uma psiquiatra que me encaminhou para o Hospital de São João” (P2);
- “com o tratamento entrei numa fase bulímica porque vi o meu peso a aumentar e descontrolei-me. Vomitava tudo o que comia” (P10).

As restantes 12 participantes (57%) não identificaram momentos de recaída ao longo do curso e tratamento da doença.

No **Quadro 6** estão mencionados os quatro fatores identificados pelas participantes recuperadas da anorexia nervosa como os mais relevantes na recaída da doença.

Quadro 6

Fatores percebidos como determinantes na recaída da anorexia nervosa

Fatores	Exemplos de excertos relativos à categoria: Fatores relacionados com a recaída da doença
Dificuldade em lidar com sentimentos negativos/ desagradáveis (n = 3)	<p>“Quando é uma ansiedade mais forte penso logo na compulsão e em restringir na comida. Mas dantes (após a alta clínica), pensava e fazia. Agora é a voz que diz, mas eu não faço” (P3).</p> <p>“Admito que tive fraquezas. Por causa da ansiedade. Estar desempregada num país diferente é muito limitador. E isso, também, afetava muito a minha relação com o meu marido. Psicologicamente, não ter o meu dinheiro... Aconteceram duas ou três vezes. Fui comendo mais do que devia. Fiquei tão maldispota que tive que vomitar” (P17).</p>

	<p>“Quando vivia com o meu ex-namorado, tínhamos imensos problemas e eu tinha vários episódios bulímicos por dia... Sempre que tinha vontade de espancar alguém ou ficava irritada comigo, tinha um episódio bulímico quase pela certa” (P18).</p>
<p>Medo de engordar/ ver-se gorda (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Assustei-me com o peso e entrei numa fase bulímica. Foi a pior fase da bulimia que passei até agora e cheguei a pesar 56kg” (P3).</p> <p>“Depois voltei a recair, via-me gorda e cortei na comida” (P12).</p>
<p>Pressão para atingir objetivos (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Fiz o 12º ano à noite. E aí tive uma recaída devido à obsessão pelos estudos. Pesava 47kg, fui cortando na comida devido à pressão, mas depois já escolhia alimentos light, e fui perdendo peso” (P12).</p> <p>“Eu andava num grupo de teatro, tínhamos ensaios à noite. Às vezes sentia que não estava a fazer bem o meu papel... e às vezes essa ansiedade e angústia fazia com que eu quando chegasse a casa tivesse necessidade de comer” (P15).</p>
<p>Problemas familiares (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Comecei a queimar-me porque sentia muita raiva, era muito fria. Tudo o que pensava eu dizia. E era muito difícil para o meu pai aceitar isso. Eu era uma criança que nunca dizia nada e com a anorexia transformei-me no oposto. Por mais que eu tivesse razão, o meu pai não me dava razão. Por mais que eu</p>

lhe mostrasse que ele distinguia os filhos ele não queria ver. E, o meu pai obrigava-me a comer, tinha que comer, ele não percebia que a seguir eu ia vomitar, eu arranjava maneira de eu ir vomitar” (P5).

“Em 2001, sem que me apercebesse tive a segunda anorexia. Não tinha o objetivo específico de perder peso, houve outras coisas... Por questões familiares deixei de comer mesmo. Na altura foi uma relação que o meu irmão teve com uma rapariga e aquilo não correu bem, houve problemas familiares. A rapariga estava lá em casa e o problema era mais com a minha mãe e com o meu pai. Os meus pais não concordavam que eles vivessem juntos, e a minha avó também não concordava, até porque a rapariga era menor. E depois criou-se uma serie de conflitos que tornou um ambiente de cortar à faca. Para mim não interferia nada, mas como a minha mãe é depressiva crónica qualquer coisinha para ela era o fim do mundo. E ela descarregava sempre nos mais fracos, era em mim que ela descarregava... O pensar na comida era um escape, sem dúvida. Enquanto eu pensava na comida, no peso, em vomitar, era um alívio porque não estava a ser tão massacrada por aquilo... era mais uma resposta minha para me refugiar dessa pressão familiar. Quando eu dava por mim eu já estava a gostar daquilo... Entretanto comecei a recorrer ao vomito, na altura tinha os 33kg, engordar estava fora de questão, a fome era muito, uma anorética passa fome, precisava de algo que me saciasse. Já tinha ouvido falar nisso, achava

horrível, mas depois aquilo era engraçado. Comia o que queria e depois ia ao quarto de banho vomitar. Não aumentei de peso, vomitava até ao fim. Eu controlava o peso na balança” (P8).

Nota. P = participante.

Questionadas as 21 participantes recuperadas da anorexia nervosa sobre “*em que medida é que considera que a vivência de sentimentos intensos e a dificuldade em lidar com eles possa ter contribuído para a manutenção da doença?*”, foram 19 as participantes que confirmaram esta associação. Apenas duas participantes responderam que a dificuldade em regular as emoções em nada esteve relacionada com a manutenção da anorexia nervosa uma vez que a causa da perturbação alimentar era o desejo de ser magra.

Tendo em consideração a resposta das 19 participantes, foi colocada uma nova questão: “*qual é a importância, de 0 (nada importante) a 10 (muito importante), que a dificuldade em lidar com os sentimentos negativos teve na manutenção e/ou recaída da perturbação alimentar?*” A média de resposta obtida foi de 8.7.

6.1.3. Fatores relacionados com a recuperação da doença

As participantes do presente estudo identificaram 13 fatores que consideraram ter um papel fundamental no processo de recuperação (**Quadro 7**).

O envolvimento no tratamento, mais especificamente a psicoterapia e as consultas de nutrição, demarcaram-se como sendo o fator percecionado como o mais relevante na promoção da recuperação da anorexia nervosa. Significativamente mais abaixo, o desejo da mudança de vida e o suporte familiar e dos amigos foram, igualmente, destacados em relação aos restantes fatores identificados no **Quadro 7**.

A maioria das participantes ($n = 15$; 71%) identificou mais do que um fator relevante no processo de recuperação. Contudo, para as restantes 6 (29%) participantes, apenas um fator foi percecionado como necessário para se iniciar o processo de recuperação. As seis participantes identificaram fatores distintos entre elas,

nomeadamente: ameaça de ser internada e deixar de estudar, internamento, perceção da gravidade do problema, beneficiar de consultas de nutrição, palavras ou gestos marcantes, e desejo de mudança. Alguns destes fatores foram, igualmente, percecionados como fundamentais no processo de recuperação pelas restantes 15 participantes, mais especificamente o desejo de mudança, envolvimento no tratamento, e palavras ou gestos marcantes.

Quadro 7

Fatores percecionados como fundamentais na recuperação da anorexia nervosa

Fatores	Exemplos de excertos relativos à categoria: Fatores relacionados com a recuperação da doença
<p>Estar envolvido no tratamento (n = 15)</p>	<p>“O falar... Eu com a Dr.^a falava dos medos da comida” (P2).</p> <p>“Psicoterapia. A psicóloga e o psiquiatra fizeram um opimo trabalho. Falei sobre tudo... sobre medos, problemas, do que sentia, e eles ajudaram-me a lidar com isso” (P3).</p> <p>“Eu confiava cegamente na minha médica. Ela percebeu-me e soube lidar perfeitamente comigo” (P11).</p> <p>“Refugiava-me nas consultas já que em casa não podia falar” (P13).</p> <p>“Lembro-me que a nutricionista/ endocrinologista era sincera e me dava exemplos práticos... o que mostrava a luz ao fundo do túnel” (P15).</p>

	<p>“As conversas com nutricionista eram uma coisa que geralmente me deixava mais calma. Não havia muita pressão porque não ia falar com uma psicóloga ou psiquiatra, era mais leve para mim” (P16).</p>
<p>Desejo de mudança de vida (<i>n</i> = 5)</p>	<p>“Querida ter um casamento o mais normal possível e desejava engravidar” (P3).</p> <p>“Foi a partir do momento em que eu decidi que queria ter um filho que comecei a recuperar. Pensei: não posso ter um filho e tomar medicação” (P9).</p> <p>“Cheguei a um ponto que vi que me estava a prejudicar a mim e aos meus pais e decidi que ia mudar de vida. E nessa altura fiz uma promessa ao meu falecido avô de que ia mudar” (P19).</p> <p>“A vontade de querer mudar de vida foi o mais importante de todos os fatores. Houve um dia (não sei o que se passou) que eu disse que não queria aquilo para a minha vida, que queria mudar, que queria construir a minha carreira profissional, que queria ter os meus amigos, a minha vida. Esse clique, essa vontade mesmo interna de dizer que quero mudar é que me levou a recuperar” (P20).</p> <p>“Eu é que por mim consegui. Não foi nada que me ajudasse. Eu é que quis mudar a minha vida” (P21).</p>
<p>Suporte familiar e dos amigos</p>	<p>“Tive um suporte familiar muito grande da minha tia-avó, do meu primo e do meu namorado, que é</p>

<p>(n = 4)</p>	<p>agora o meu marido. Eles lutaram muito mesmo, eles tiveram muita força. Eu era muito teimosa” (P7).</p> <p>“Tive muito apoio da minha família, principalmente da minha mãe e da minha irmã” (P13).</p> <p>“O apoio muito grande que tive da minha família e amigos” (P14).</p>
<p>Envolvimento em atividades que não se focam no peso e forma corporal e aparência (n = 3)</p>	<p>“O facto de estar envolvida num trabalho ajudou muito” (P2).</p> <p>“Tirei sempre muitas formações porque gosto de aprender. E como saía de casa e convivía com outras pessoas distraía-me” (P12).</p> <p>“Entrar na faculdade” (P17).</p>
<p>Palavras/ gestos marcantes (n = 3)</p>	<p>“Quando o Dr. me perguntou porque queria perder peso e eu lhe disse que era porque não queria ter uma barriga grande. Ele disse-me que os meninos de África passam fome e têm a barriga grande” (P9).</p> <p>“Foi aquela frase da enfermeira: quando saí do internamento uma das enfermeiras disse que daqui a duas semanas ia estar lá outra vez” (P14).</p> <p>“Um estalo que recebi do meu irmão. Ele disse-me que enquanto eu estivesse no hospital deixava de ser meu irmão. Só a partir daí acordei para a vida” (P18).</p>

<p>Vontade de socializar/ relacionar-se com os outros (n = 2)</p>	<p>“Quando fui à viagem de finalistas estava com anorexia. Os meus pais estavam preocupados com que eu fosse à viagem. Nessa altura eu era muito triste e vi toda a gente a divertir-se. Então pensei: o que ando a fazer à minha vida? Também me quero divertir, fazer o que eles fazem. E foi isso que me levou a recuperar” (P1).</p> <p>“O começar a namorar com o meu atual namorado. Comecei a ter mais gosto em mim, mais gosto em viver, comecei a sair mais. Dantes estava sempre fechada em casa, só ia ao café, convivia com os meus pais, às vezes andava de bicicleta. Dantes estava muito tempo sozinha e sentia-me sozinha” (P12).</p>
<p>Medicação (n = 2)</p>	<p>“Tomar medicação também me ajudou a recuperar” (P11).</p> <p>“Acho que esta mudança se deve ao tratamento, ao antidepressivo, às conversas, aos amigos. Na altura não namorava” (P15).</p>
<p>Perceção da gravidade do problema (n = 1)</p>	<p>“Quando cheguei a vomitar sangue fiquei mesmo muito assustada e decidi parar” (P10).</p>
<p>Perceção de eventuais danos a terceiros (n = 1)</p>	<p>“Não aceitei muito bem o facto de estar grávida. Nos primeiros dois meses ainda tinha muita preocupação com o peso, com a comida. Tinha medo de engordar. Cheguei a vomitar o que comia. Depois fui fazer uma ecografia e parei porque comecei a ter medo que a</p>

	bebe nascesse com algum defeito. A minha filha foi a minha tábua de salvação” (P5).
Ameaça de ser internada e deixar de estudar (n = 1)	“As ameaças de que ia ser novamente internada e de que tinha que deixar de estudar” (P6).
Fé (n = 1)	“Como sou católica falava muito com Deus, pedia-lhe ajuda para ultrapassar problemas. Parecia que tinha duas vozes: uma a dizer comes e a outra a dizer não comes. Isto também me ajudou muito” (P2).
Desmame da medicação (n = 1)	“Quando comecei a fazer desmame da medicação tive dias maus, tive piores dias... Tinha tonturas, era horrível. Com a medicação parece que não estamos cá, parece que estamos noutra mundo” (P4).
Internamento (n = 1)	“Não descurando os médicos, a única coisa que resultou comigo foi internarem-me porque recuperei o peso” (P8).

Nota. P = participante.

Embora o fator “capacidade para tolerar/ lidar com sentimentos negativos/ desagradáveis”, no processo de recuperação da doença, não tenha sido espontaneamente referido por nenhuma participante, as mesmas foram convidadas a refletirem sobre o mesmo. Das 21 participantes, 19 consideraram como muito importante lidar eficazmente com as emoções, nomeadamente com a revolta, a culpa e a raiva, conforme os seguintes excertos ilustram:

- “devemos partilhar a revolta que vai dentro de nós para conseguirmos livrar-nos daquele peso. Quando falava recuperava. Nos dias em que eu reprimia, sentia-me pior, sentia-me triste, não tinha vontade de comer, cortava na comida” (P7);
- “penso que é importante porque eu sentia muita culpa e raiva. Culpa de quanto era bulímica, não conseguia parar de comer e parar o ciclo vicioso. E raiva, sentia raiva porque estava sempre a ter recaídas. Melhorava e depois acontecia alguma coisa e voltava ao mesmo. E ficava com raiva de mim. Pensava: será que vai ser sempre assim toda a minha vida?” (P12).

As participantes identificaram a necessidade de falar sobre as emoções como um fator importante no processo de recuperação, conforme as seguintes participantes explicam:

- “é muito importante falar sobre as emoções e o que devemos fazer perante situações que nos fazem mal. Assim as pessoas não chegariam a níveis mais graves da doença” (P19);
- “quanto mais uma pessoa se fecha e não lida com o que é suposto lidar caminha para alguma coisa que não é muito positiva” (P16). Apenas duas participantes não valorizaram esta capacidade.

6.2. Estratégias de regulação emocional utilizadas ao longo do curso da doença

Na **Figura 2** apresentamos um esquema resumo das estratégias de regulação emocional presentes ao longo do curso da anorexia nervosa.

Figura 2

Esquema resumo: Estratégias de regulação emocional presentes ao longo do curso da Anorexia Nervosa



Nota. AN = anorexia nervosa.

Antes do aparecimento da anorexia nervosa, e perante a vivência de um sentimento intenso negativo, as participantes recuperadas da anorexia nervosa mencionaram recorrer às seguintes estratégias de regulação emocional: isolamento social ($n = 15$), restrição alimentar ($n = 4$), evitamento ($n = 4$), enfrentar os problemas ($n = 2$), adoção de comportamentos purgativos ($n = 1$; **Quadro 8**).

Quadro 8

Estratégias de regulação emocional utilizadas antes do aparecimento da anorexia nervosa

Estratégias de regulação emocional	Exemplos de excertos relativos à categoria: Estratégias de regulação emocional utilizadas antes do aparecimento da anorexia nervosa
Isolamento social (n = 15)	<p>“Andava sempre triste, não falava dos problemas. Refugiava-me” (P1).</p> <p>“Recolhia-me no meu cantinho. Refugiava-me” (P2).</p> <p>“Isolava-me mais” (P4).</p> <p>“Fechava-me no meu cantinho” (P6).</p> <p>“Sim, refugiava-me, escondia-me” (P9).</p> <p>“Não expressava os sentimentos, fechava-me” (P16).</p> <p>“Era uma pessoa que me isolava muito. Não falava muito dos problemas com as pessoas, guardava tudo para mim. Também achava que não me iam compreender” (P21).</p>
Restrição alimentar (n = 4)	<p>“Comecei a fazer dieta para perder peso. Cortava na comida” (P1).</p> <p>“Comecei a cortar na alimentação, primeiro cortei com as porcarias para perder peso” (P3).</p>

	<p>“Eu fui acumulando, acumulando, acumulando até que culminou no comportamento alimentar. Não exprimo os sentimentos” (P13).</p> <p>“A não comida, o refugiar-me no meu corpo, peso... assim não lidava com os problemas” (P14).</p>
<p>Evitamento (<i>n</i> = 4)</p>	<p>“Não ligava” (P8).</p> <p>“Engolia. Não fazia nada” (P17).</p>
<p>Comportamentos purgativos (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Comecei a vomitar” (P5).</p>
<p>Enfrentar os problemas (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Sim, enfrentava as coisas” (P10).</p>

Nota. P = participante.

Por sua vez, as estratégias de regulação emocional utilizadas, pelas participantes recuperadas da anorexia nervosa, na fase anterior ao processo de recaída da doença ($n = 7$), foram: isolamento social ($n = 4$), inação ($n = 2$), restrição alimentar ($n = 1$), enfrentar os problemas ($n = 1$), adoção de comportamentos purgativos ($n = 1$), e ignorar a situação ($n = 1$).

Atualmente, i.e., na fase após a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa, as participantes mencionaram adotar estratégias mais variadas e adaptativas perante a vivência de emoções negativas. Mais especificamente, o foco nas rotinas diárias e em atividades prazerosas ($n = 7$), conversar com alguém próximo ($n = 5$), agir perante o sofrimento ($n = 4$), controlo dos impulsos ($n = 2$), ignorar a situação ($n = 1$), e recorrer a apoio espiritual ($n = 1$) foram as estratégias de regulação emocional adaptativas identificadas pelas participantes.

O isolamento social e inação continuou a ser a estratégia adotada, ao longo do curso da doença, por quatro participantes, e passou a ser a estratégia adotada por uma participante que inicialmente utilizava a restrição alimentar como forma de lidar com os sentimentos negativos. Para além disso, a ruminação passou a ser a estratégia adotada por uma participante que inicialmente recorria ao vômito como estratégia de regulação emocional (**Quadro 9**).

Quadro 9

Estratégias de regulação emocional utilizadas após a recuperação da anorexia nervosa

Estratégias de regulação emocional	Exemplos de excertos relativos à categoria: Estratégias de regulação emocional utilizadas após o aparecimento da anorexia nervosa
Foco nas rotinas diárias e em atividades prazerosas <i>(n = 7)</i>	<p>“Dantes ficava sem apetite e cortava na comida. Agora foco-me noutras coisas (e.g., cuidar da minha filha, no trabalho). Com o nascimento da minha filha estou sempre ocupada” (P7).</p> <p>“Pratico exercício físico, e faço atividades lúdicas (e.g., ler, ir ao cinema, passear) para me distrair” (P8).</p> <p>“Quando o meu avô morreu refugiei-me no trabalho. Era praticamente o pai que eu nunca tive” (P11).</p> <p>“Agora tenho mais hobbies, faço exercício físico, refugio-me em coisas que me dão prazer e algum conforto como estar à beira-mar” (P13).</p> <p>“Desporto e estar preenchida com muitas atividades para não pensar muito” (P20)</p>
Isolamento social & Inação <i>(n = 5)</i>	<p>“Mas continuo a ser reservada” (P1).</p> <p>“Não fiz nada, voltei a isolar-me. Não consigo conversar com os outros, não me consigo expor” (P6).</p>

	<p>“No ano passado descobri que o meu namorado me traia. Não faço nada, não falo, não digo nada, choro” (P12).</p> <p>“Gosto de estar sozinha para pôr as ideias em dia” (P14).</p>
<p>Conversar com alguém próximo (<i>n</i> = 5)</p>	<p>“Eu já falo mais sobre o que sinto e sobre os problemas do que quando tinha anorexia” (P1).</p> <p>“Conversar com a família, namorado e amigos. Tenho necessidade de falar e explicar. Não gosto de estar sozinha, preciso de estar com pessoas ao pé de mim, de falar” (P4).</p> <p>“Agora falo muito mais dos meus problemas” (P20).</p>
<p>Agir perante o sofrimento (<i>n</i> = 4)</p>	<p>“O meu namorado disse-me que me traiu. Namorávamos há quatro anos. Fiquei triste. Senti que como mulher não tenho valor. Não pensei em voltar porque não sou segunda opção de ninguém. Terminei o namoro” (P2)</p> <p>“Ajudei a minha irmã a lidar com esta situação” (P2).</p> <p>“Um relacionamento mal resolvido. Na altura já sentia que não ia correr muito bem. A pessoa em causa não definiu a situação de propósito, andávamos ali na corda bamba, não sabíamos se era carne ou era peixe. Isso causa ansiedade, revolta, até</p>

	<p>porque a vida das pessoas tem que ser definida. Confrontei-o. Queria esclarecer a situação” (P8)</p> <p>“Agora sou mais proactiva. Normalmente vou-me bastante abaixo e fico na fossa durante algum tempo, mas depois vejo que este não é o caminho e ajo. Dantes ficava lá em baixo” (P16).</p> <p>“Vir para Portugal não foi uma fuga à ansiedade e infelicidade. Foi uma forma de resolver o problema” (P17).</p>
<p>Controlo dos impulsos (<i>n</i> = 2)</p>	<p>“Qualquer coisa que me acontece de mal há um click para ter uma compulsão. Mas, agora identifico o sentimento e o pensamento e distancio-me dele. Crio um distanciamento. Fiz um estágio nos EUA e calhou fazer anos lá. Foi o meu primeiro aniversário passado sozinha. Senti-me triste mesmo tendo recebido chamadas e mensagens dos meus amigos. Pensei em compulsão. Pensei: vou vomitar. Mas disse para mim: não vais estragar tudo, não vais ficar com a imagem da tua doença no teu estágio” (P3).</p>
<p>Ignorar a situação (<i>n</i> = 1)</p>	<p>“Na rua ainda dizem: deixem passar a deficiente. Fico triste, mas só no momento. Ouço isso tantas vezes que já me habituei. Ignoro ou respondo “estás a olhar para onde?” (P19).</p>
<p>Ruminação (<i>n</i> = 1)</p>	<p>“Sou muito cismada, penso muito quando me acontece alguma coisa” (P5)</p>

Apoio espiritual (n = 1)	“Ligo-me ao mundo espiritual. Tenho o meu irmão de outra maneira, que está sempre comigo. Penso nos momentos bons que tivemos juntos, não o posso ver mas sei que está sempre comigo” (P21).
---	--

Nota. P = participante.

6.3. Lidar com as emoções primárias após a recuperação da anorexia nervosa

Nove participantes (43%) responderam que, na fase após a recuperação da doença, foi mais fácil lidar com as 10 emoções primárias do que durante a fase aguda da anorexia nervosa, e uma participante destacou que, com a exceção da cólera, todas as restantes emoções são mais fáceis de lidar (**Quadro 10**).

Analisando ao pormenor, o grau de dificuldade diminuiu mais intensamente na experiência das emoções negativas voltadas para o interior, mais especificamente em relação à vivência de medo, tristeza e culpa. Por sua vez, seis participantes responderam que, na fase após a recuperação da doença, nenhuma emoção é mais difícil de lidar comparativamente à fase aguda da doença. Contudo, duas participantes referiram o oposto ao identificarem que a atualmente é mais difícil lidar com as emoções negativas, e três participantes especificaram a cólera, dentro do leque das 10 emoções primárias, como sendo a emoção mais difícil de lidar (**Quadro 10**).

Quadro 10

Lidar com as emoções primárias após a recuperação da anorexia nervosa

Emoções primárias mais fáceis de lidar após a recuperação da doença	Total
Todas	9
Medo	4
Tristeza	3
Culpa	3
Nenhuma	2
Todas exceto cólera	1
Alegria	1
Desprezo	1
Interesse	1
Vergonha	1
Emoções positivas	1
Emoções primárias mais difíceis de lidar após a recuperação da doença	Total
Nenhuma	6
Cólera	3
Emoções negativas	2
Culpa	1
Surpresa	1

6.4. Os aspetos mais positivos e negativos da terapia

6.4.1. Aspetos mais positivos da terapia

A maioria das participantes recuperadas da anorexia nervosa ($n = 16$) considerou que a abordagem multidisciplinar (e.g., psiquiatria, psicologia, endocrinologia, nutrição), realizada em vários contextos (e.g., regime de internamento e ambulatório), foi uma mais-valia na sua recuperação, assim como o fato de beneficiarem de terapia

individual, de grupo e/ou familiar. Os seguintes excertos dos discursos das participantes são ilustrativos do valor atribuído à abordagem multidisciplinar:

- “foram sem dúvida a psicóloga e o psiquiatra que me ajudaram. Ainda chamo à Dr.^a de anjinho porque sempre me percebeu, sempre percebeu a minha personalidade, dava-me a volta muito bem... A medicação também me ajudou muito” (P11);
- “desabafar na psicoterapia individual... O ter apoio quando estamos internadas. O psicólogo é importante... A terapêutica também ajudou... Já fiz terapia familiar e ajudou muito, e fiz terapia de grupo com pessoas que têm o mesmo problema que eu e ajudou muito. Assim os meus pais compreenderam melhor a doença e conseguiram acompanhar-me mais. Com o grupo partilhamos experiências. São pessoas que falam e têm sentimentos de coisas que já passaram por isso” (P12);
- “conversar com a Dr.^a. Falava do dia-a-dia, da escola. Conseguia falar sem me julgarem. E ter orientação nutricional também me ajudou” (P13).

Apenas cinco participantes não identificaram algum aspeto positivo da terapia.

As participantes salientaram que o envolvimento no tratamento foi dependente do estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, algo que não se assumiu como fácil para cinco participantes. Efetivamente, estas cinco participantes não se envolveram inicialmente no tratamento uma vez que não se identificaram com o técnico e/ou experienciaram empatia para com o ele, tal como mencionado nos seguintes excertos:

- “tem que haver empatia com o psicólogo” (P2);
- “não concordava em falar com uma pessoa que não conhecia de lado nenhum” (P16).

Apenas no momento em que confiaram no técnico e/ou foram acompanhadas por um profissional com o qual se identificaram é que se envolveram no tratamento. Efetivamente, estas cinco participantes salientaram que a experiência de empatia para

com o técnico foi um fator determinante para o estabelecimento bem-sucedido de uma relação terapêutica de confiança, tal como evidenciado no seguinte comentário:

- “ganhei confiança ao ponto de ela me dizer que se eu fizesse algo eu melhorava, eu acreditava e fazia” (P11).

Nas narrativas das restantes participantes a experiência de empatia foi, igualmente, mencionada e valorizada, no estabelecimento da relação terapeuta, tal como o seguinte exemplo ilustra:

- “consegua falar sem me julgarem e em casa não era bem assim. Refugiava-me nas consultas já que em casa não podia falar” (P13).

6.4.2. Aspetos mais negativos da terapia

A toma de medicação não foi considerada uma mais-valia por nove participantes devido às consequências físicas que esta acarretou, tal como os seguintes excertos exemplificam:

- “tenho brancas do que se passou nessa altura, estava tão drogada que não me lembro de muitas coisas” (P3);
- “os ansiolíticos punham-me muito caída, com muito sono, não conseguia fazer a minha vida normal. Punha-me inútil, sentia-me uma pessoa inválida” (P7).

Para além disso, algumas participantes ($n = 6$) identificaram o contexto do internamento como um marco difícil do curso do tratamento uma vez que tiveram dificuldades em lidar com o mesmo:

- “para fazermos um telefonema tinha que ganhar peso, para ter visitas tinha que ganhar x peso, para ir à terapia tinha que aumentar de peso. Aquilo foi horrível, eu detestei aquilo” (P5);
- “é preciso ensinar-nos a lidar com o internamento, a lidar melhor com o internamento” (P6);
- “o facto de haver objetivos. O dizer: tu engordas x kg e saís daqui. Isso não é objetivo porque não trata a mente” (P18).

Para além destes fatores, o momento da pesagem foi considerado um marco negativo, quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório, por duas participantes, tal como é exemplificativo:

- “não gostava de me pesar. O ter que me pesar sempre que ia à consulta não era bom para mim. Depois só me apetecia perder peso” (P9).

E, uma participante mencionou que os resultados do tratamento foram influenciados negativamente pelo fato de não ter beneficiado de um acompanhamento contínuo por parte do mesmo técnico ao longo do percurso:

- “se calhar se eu tivesse sempre o mesmo seguimento com a mesma psicóloga não se tinha arrastado tanto” (P17).

Apenas três participantes não identificaram algum aspeto negativo da terapia.

6.4.3. Aspetos a melhorar na terapia

Para o tratamento ter resultados mais efetivos, 10 participantes destacaram a importância de se dar enfoque e valorizar a origem da anorexia nervosa para, posteriormente, a intervenção incidir na causa do problema e não apenas na redução/eliminação dos sintomas da anorexia nervosa. Efetivamente, segundo estas 10 participantes, foi devido à dificuldade ou incapacidade em lidar com os acontecimentos de vida que deu origem ao foco no peso e na alimentação, e conseqüentemente à anorexia nervosa como estratégia de evitar ou lidar com os mesmos, tal como os seguintes excertos ilustram:

- “os técnicos têm que ouvir qual é a causa do problema e resolver esse problema. Têm que nos ajudar a resolver o problema que causou a anorexia. Se eu disse que a anorexia foi devido a um comentário eles têm que se focar nisso e trabalhar esse problema” (P1);
- “analisar o perfil de cada um e não generalizar os tratamentos. Uma pessoa era igual às outras quinhentas” (P18).

Apenas uma participante destacou a importância de o tratamento incluir não só a intervenção no desenvolvimento de capacidades para lidar com os acontecimentos de vida que deram origem à anorexia nervosa, mas, igualmente, nas emoções despoletadas pelos mesmos: “as emoções que sentimos têm uma causa. Ver a causa, falar sobre isso e a forma de lidar com essa causa... resolver o problema” (P4).

Para além disso, três participantes reforçaram a necessidade de incluir os pais no processo terapêutico:

- “os pais têm que ajudar os filhos, quando estão em casa têm que continuar o tratamento. Não é só entender, é mudar” (P5);
- “deviam ensinar os pais a lidar com uma pessoa que está a passar pela anorexia nervosa. Às vezes não temos noção do nosso problema e assim os pais entrevistam” (P6);
- “acho que os meus pais não tiveram acompanhamento para saber mais da doença e por causa disso ignoraram o problema. Cada um tem o seu método de lidar com as coisas e cada um faz o melhor que consegue” (P20).

Duas participantes realçaram a importância de contatarem com pessoas que vivenciaram a doença para terem acesso a histórias reais do percurso da doença (e.g., “seria um alerta para prevenir o desenvolvimento da anorexia nervosa noutras pessoas” (P9). E, uma outra participante salientou que é importante “que os técnicos passem a mensagem de que o problema não desaparece e que temos que lidar com o assunto. Vivemos na ilusão de que o problema vai desaparecer, mas não vai. Se não vai, o que devemos fazer para viver com ele” (P3).

Uma participante referiu, ainda, que os terapeutas deviam estar sensíveis para encaminharem os doentes para outro tipo de terapias mais adequadas à personalidade de cada um: “se calhar a terapia da dança ou da música me iriam ajudar porque eu gosto disso” (P2).

Focando na exploração da relevância da inclusão/ não da intervenção na área emocional no processo terapêutico, 13 participantes destacaram a importância de na terapia ser incluído um momento para identificarem e descreverem as emoções sentidas,

e de aprendizagem de estratégias de regulação emocional, tal como evidenciado nos seguintes excertos:

- “eu era pesada regularmente e se chegava lá com 2kg a mais, na semana seguinte já ia perder peso. Se nos ensinassem estratégias para aceitar o peso talvez não dificultasse a recuperação. Mas não é só em relação ao peso e comida, é também em relação à vida” (P9);
- “diria para fazerem o que não fizeram comigo. Se eu falasse de como me sentia e do que pensava não tinha tantas recaídas” (P12);
- “se estás a sentir isto porque não tentar assim? Porque não fizeste assim. Fazer-nos pensar num leque variado de situações, porque há formas diferentes de lidar com a situação. Muitas vezes estamos ali só a contar a história e saímos e pensamos: será que fiz bem ou não fiz bem. Emocionalmente não nos faz andar para a frente, pensamos no passado, mas não nos ajuda a lidar com o presente com vista no futuro. Mesmo que sejam situações hipotéticas. Eu senti-me obrigada a fazer isso comigo própria, mas não tive isso por parte dos profissionais. Se tivesse tido isso desde o início o processo podia ter sido mais rápido” (P17).

E, dez participantes referiram que a melhor estratégia para lidar com a anorexia nervosa é aceitar o estado emocional e manter as rotinas (e.g., “aconteceu, chora, dói mas tens que te levantar e fazer a rotina do dia-a-dia. O tempo acaba por apagar” (P11), desviando o foco da atenção do peso e alimentação (e.g., “diria para ter força, para não enveredar pelo caminho da anorexia porque só vai piorar as coisas” (P14).

Duas participantes defenderam que esta aprendizagem devia ser direcionada não só para a doente mas, também, para os familiares que acompanham o doente de modo a garantirem a continuidade do tratamento no domicílio.

Três participantes consideraram fundamental incluir este tipo de intervenção desde o início do tratamento, conforme as citações ilustram:

- “é muito importante falar sobre as emoções. Muitas vezes essas emoções estão escondidas dentro de nós e fazem com que a gente faça as coisas mais erradas. Deve ser falado logo desde o início, se houver abertura com os pais e o filho,

acho que facilitava falar o porquê... O tratamento das anoréticas é muito comprido, muito longo. Se se falasse sobre os problemas desde o início acho que facilitava, até os pais iam ajudar mais os filhos. Tentar ajudar os pais a entender e ajudar os filhos a ver qual é a origem. Nem sempre os pais percebem” (P5);

- “esta intervenção deve ser incluída desde sempre no tratamento. Mesmo com uma pessoa com 35kg deve ser incluído” (P17);
- “acho que como está tudo interligado se deve atacar nas emoções logo no início do tratamento” (P20).

Contudo, duas participantes consideraram que a intervenção emocional só deve ser incluída no tratamento após a recuperação ponderal:

- “deve ser incluído no tratamento quando a pessoa já tem algum peso. Com muito baixo peso não conseguia nem queria falar de nada” (P2);
- “logo no início do tratamento penso que é muito difícil alguém estar recetivo á intervenção emocional. Faz mais sentido quando se começa a ganhar peso porque começamos a ficar mais estáveis” (P16),

E, uma participante considerou que este tipo de intervenção na área emocional devia ser incluído na fase no tratamento em que tal fizer sentido para os doentes: “falar sobre as emoções deve ser feito numa fase mais avançada da terapia, no início estamos muito fragilizadas. Mas, para algumas pessoas terá resultado no início” (P15).

6.5. Perspetiva sobre a recuperação

Das 21 participantes, 10 (47.6%) consideraram-se totalmente recuperadas da perturbação alimentar, tal como evidenciado nas seguintes citações:

- “sinto-me recuperada. Acho que foi uma perda de tempo. Na anorexia era tudo controladinho porque eu também não comia só uma maçã por dia, mas a bulimia foi para esquecer, foi das piores coisas que me aconteceu” (P8);
- “se quiser comer como, se quiser comer mais como mais, se quiser comer menos como menos, sem remorsos nenhuns. É uma parte da vida que está arrumada” (P14).

As restantes 11 (52.4%) consideraram-se recuperadas fisicamente, mas não psicologicamente uma vez que continuaram a apresentar preocupações relacionadas com o peso e com a alimentação, tal como evidenciado no seguinte excerto:

- “nós nunca recuperamos totalmente. Nenhuma anorética recupera totalmente. Fisicamente sim, mas psicologicamente ficamos sempre com aquele autocontrolo da comida” (P2).

Contudo, estas preocupações foram desvalorizadas uma vez que não são limitativas em termos físicos e/ou sociais:

- “vou à praia, mas ainda tenho alguma vergonha de estar em bikini” (P2);
- “numa festa vejo as pessoas a comerem dois ou três bolos e eu só como um” (P6);
- “os comportamentos bulímicos já cessaram há mais de um ano e, eu sigo o plano alimentar prescrito da nutricionista. Mas, ainda continuo a ter uma voz que me diz para restringir na comida” (P3).

Para além disso, duas participantes salientaram que ainda apresentam problemas ao nível da autoestima e falta de confiança nas suas capacidades, como é exemplo:

- “em relação à autoestima está mais alta, mas embora de vez em quando acho que as outras pessoas têm mais capacidades do que eu apesar das pessoas gostarem e dizerem que gostam do meu trabalho. Quando é um trabalho novo penso: e se erro? E se faço mal. Ainda há um bocado de falta de confiança em mim” (P2).

E, uma outra participante salientou que mantém dificuldades em lidar com os problemas: “ainda me vou a baixo e fico ansiosa... tenho dificuldades em lidar com as coisas que correm mal” (P4).

DISCUSSÃO

O presente estudo de *follow-up* de 15 anos teve como objetivo analisar se as dificuldades cognitivas ao nível do processamento das emoções permanecem após a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa. Para além disso, explorou o papel da ansiedade e da depressão no funcionamento emocional das participantes recuperadas da anorexia nervosa. Para o efeito, foi complementada a informação recolhida, através das medidas de autorrelato, com a realização de uma entrevista semiestruturada. Esta Entrevista permitiu recolher informações relativas ao modo como as participantes recuperadas da anorexia nervosa compreendem e interpretam a experiência e a vivência da sua perturbação alimentar.

Os dados qualitativos recolhidos sugerem que a etiologia da anorexia nervosa, na perspetiva das participantes deste estudo, foi considerada multideterminada, envolvendo fatores psicológicos, familiares e socioculturais, tal como é defendido na literatura (e.g., Connan et al., 2003; Treasure et al., 2012; Treasure & Schmidt, 2013).

A insatisfação com o peso e forma corporal foi considerado, pelas participantes recuperadas da anorexia nervosa, como o fator mais relevante na etiologia da perturbação do comportamento alimentar. Os problemas familiares e o início de uma dieta, como consequência da influência do grupo de pares, foram os dois outros fatores percecionados como os mais influentes no aparecimento da doença. Por sua vez, a dificuldade em lidar com sentimentos de valência negativa foi considerada, por 91% das participantes, como um fator relevante na recaída e manutenção da anorexia nervosa. E, a insatisfação com a imagem corporal, a pressão para atingir objetivos, e problemas familiares foram, igualmente, identificados como fatores que estiveram na origem da recaída da doença. Por outro lado, o fato de estarem envolvidas e aderirem ao tratamento, o desejo da mudança, e o suporte familiar e dos amigos foram considerados os fatores fundamentais na recuperação da anorexia nervosa. Por sua vez, e apesar de a capacidade para lidar e regular as emoções não ter sido espontaneamente identificada com um fator relevante no processo de recuperação da anorexia nervosa, a maioria das participantes considerou esta competência fundamental no processo de recuperação. Efetivamente, as participantes salientaram a importância de o plano de tratamento incluir a educação emocional uma vez que ainda existem dificuldades em lidar com

algumas emoções, nomeadamente as de valência negativa, e em adotar estratégias de regulação emocional adaptativas.

Em termos gerais, os dados quantitativos revelam que, com a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa, as dificuldades emocionais são menores do que as verificadas na fase aguda da doença. Contudo, quando utilizamos o grupo de controlo como ponto de referência, verificamos que algumas competências emocionais não recuperaram para um nível normativo, i.e., não atingiram um funcionamento semelhante ao do grupo de controlo.

Tendo em consideração estes resultados, foi explorado o papel do estado nutricional nas mudanças emocionais. Desta análise, concluímos que o aumento do índice de massa corporal, alcançado com a recuperação da anorexia nervosa, não esteve linearmente correlacionado com a diminuição dos níveis de alexitimia, ansiedade e depressão. Este resultado está na mesma linha dos resultados dos estudos que não encontraram associações significativas entre o índice de massa corporal e as dificuldades de regulação emocional (Haynos et al., 2014; Harrison, Tchanturia et al., 2010), e as dificuldades em fazer inferências sobre os pensamentos, desejos, emoções, e intenções dos comportamentos dos outros (Oldershaw et al., 2010), quer na fase aguda quer na fase recuperada da perturbação do comportamento alimentar. Neste sentido, este resultado sugere uma das seguintes hipóteses: (a) as dificuldades emocionais não variam diretamente em função do estado de má nutrição (Oldershaw et al., 2010), (b) as dificuldades de regulação emocional são um reflexo da adoção contínua de comportamentos mal-adaptativos, que não se alteram sem a devida intervenção (Ben-Porath et al., 2014), ou (c) a restrição alimentar altera profundamente as capacidades de funcionamento emocional ao ponto de as tornar independentes da variação ponderal (Haynos et al., 2014). Tendo em consideração os resultados qualitativos e quantitativos do presente estudo, consideramos que as dificuldades emocionais, nomeadamente as dificuldades em identificar, lidar e regular as emoções, não dependem do valor ponderal uma vez que estiveram presentes nas várias fases da anorexia nervosa (fase pré-mórbida, fase aguda, e fase recuperada). Contudo, para se esclarecer esta questão de forma sólida na literatura, as futuras investigações que acompanham os indivíduos ao longo do curso

da doença deverão explorar, igualmente, o funcionamento emocional na fase anterior ao aparecimento da anorexia nervosa.

A diminuição dos níveis de alexitimia (total e fatores), desde a fase aguda até à fase de recuperação da anorexia nervosa, é congruente com os resultados obtidos através dos estudos longitudinais (Beadle et al., 2013; Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004), à exceção das dificuldades em descrever os sentimentos aos outros. A melhoria ao nível da consciência emocional (DERS – Consciência) pode justificar, a curto prazo, a manutenção das dificuldades em verbalizar as emoções uma vez que os participantes começam a identificar a dificuldade em encontrar as palavras adequadas para os seus sentimentos (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004). Contudo, a longo prazo, as dificuldades em descrever os sentimentos parecem diminuir. Esta diminuição poderá estar relacionada com o aumento das interações sociais com a recuperação da doença uma vez que, o isolamento e o evitamento social, uma característica típica da anorexia nervosa, limita a existência de contatos sociais (Levine, 2012) e, conseqüentemente, a oportunidade de comunicar e verbalizar as emoções aos outros. Efetivamente, antes do aparecimento da anorexia nervosa, as participantes recorriam ao isolamento e ao evitamento social. Mas, na fase recuperada da doença já enveredaram por atividades que implicavam a interação social, nomeadamente atividades desportivas, e procuravam comunicar com alguém próximo. Em suma, não obstante a diferença de resultados encontrada relativamente aos estudos anteriores, no fator dificuldades em descrever os sentimentos aos outros (TAS – DDF), a diminuição dos níveis de alexitimia, na presente investigação, de 58% para 17%, com a recuperação da anorexia nervosa é um dado robusto na literatura, sugerindo que esta perturbação cognitivo-afetiva pode mudar com o tratamento.

A diminuição dos níveis de alexitimia observada nos estudos longitudinais parece indicar que as dificuldades de processamento emocional são uma característica da fase aguda da doença. Contudo, quando efetuamos análises comparativas entre o grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa e o grupo de controlo verificamos que as dificuldades em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais, bem como as dificuldades em regular as emoções estão presentes após a recuperação a longo prazo da perturbação alimentar.

Neste estudo não é possível tirarmos conclusões acerca da evolução das dificuldades de regulação emocional ao longo do curso da doença, através dos resultados da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS). Contudo, através da Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa, podemos concluir que, ao longo do curso da doença, o leque de estratégias de regulação emocional utilizado pelas participantes alterou-se. Mais especificamente, antes do aparecimento da anorexia nervosa, e perante a vivência de um sentimento intenso negativo, as participantes recuperadas da anorexia nervosa mencionaram recorrer, maioritariamente, ao isolamento social, restrição alimentar e/ou comportamentos purgativos, e ao evitamento. Por sua vez, na fase anterior ao processo de recaída da doença, o isolamento social destacou-se como a estratégia de regulação emocional mais utilizada, mas estiveram, igualmente, presentes outras estratégias mal-adaptativas tais como a restrição alimentar e/ou comportamentos purgativos. E, por último, na fase após a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa, as participantes mencionaram adotar estratégias mais variadas e adaptativas perante a vivência de emoções negativas, nomeadamente envolverem-se nas rotinas diárias e em atividades prazerosas, conversar com alguém próximo, agir perante o sofrimento, e controlar os impulsos. Contudo, o isolamento social, a inação e a ruminação continuam a ser estratégias de regulação emocional utilizadas mesmo e após a recuperação da doença. Assim sendo, é possível concluir que as participantes apresentam dificuldades em lidar e gerir as emoções e, como tal, continuam a utilizar estratégias de regulação emocional consideradas mal-adaptativas (Aldao et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004) mesmo tendo recuperado da anorexia nervosa.

Efetivamente, há dados na literatura longitudinal (Haynos et al., 2014) e transversal (Brockmeyer, Holforth et al., 2012) que concluem que as dificuldades de regulação emocional se mantêm na fase recuperada da doença. Porém, a literatura apresenta, igualmente, resultados divergentes evidenciando uma melhoria significativa na DERS total no final do tratamento (Ben-Porath et al., 2014; Rowsell et al., 2016) e com valores comparáveis ao grupo de controlo (Harrison, Tchanturia et al., 2010). Esta melhoria da capacidade para regular as emoções com a recuperação da anorexia nervosa poderá estar relacionada com a tipologia do tratamento a que os participantes estiveram

sujeitos. Efetivamente, nos estudos nos quais se registou uma melhoria significativa na capacidade de regular as emoções os participantes beneficiaram de um tratamento focado na componente emocional (Ben-Porath et al., 2014; Rowsell et al., 2016). Estes resultados levam-nos a concluir que a capacidade para regular as emoções tem espaço para ser desenvolvida através de uma abordagem terapêutica adequada. É de salientar que, na presente investigação, as participantes beneficiaram de um tratamento focado na reabilitação nutricional e no desenvolvimento das competências psiquiátricas. Em nenhuma fase do tratamento foi incluída uma abordagem terapêutica orientada para as emoções. Neste sentido, estamos inclinados a concluir que, caso não seja implementada uma intervenção focada na componente emocional durante o processo de tratamento, as dificuldades de regulação emocional irão persistir a longo prazo.

Este estudo sugere, também, que a capacidade para lidar e gerir as emoções, principalmente as negativas voltadas para o interior, continua a ser um desafio para os indivíduos recuperados da anorexia nervosa. Apesar de 43% das participantes mencionarem que, na fase após a recuperação da doença, é mais fácil lidar com as 10 emoções primárias, e apesar da vivência da culpa, tristeza, vergonha, e medo diminuir ao longo do curso da doença, as participantes recuperadas de anorexia nervosa continuam a experienciar, no dia-a-dia, estas emoções com maior frequência do que o grupo de controlo. De acordo com os resultados do QAE-AN, estas emoções são, igualmente, sentidas de forma mais intensa na fase recuperada da anorexia nervosa do que na fase aguda da doença, em particular quando os estímulos estão associados ao peso e à alimentação (i.e., estímulos AN). Este resultado é interessante uma vez que sugere que, com a recuperação da perturbação do comportamento alimentar, as emoções são sentidas com maior intensidade. Na prática, tal pode ser consequência do aumento da consciência emocional (DERS – Consciência), e da redução do estilo de pensamento orientado para o exterior (TAS - EOT), que se verificou na amostra do estudo. Esta mudança permite que os indivíduos estejam mais libertos para sentir as emoções, o que é, simultaneamente, um resultado positivo mas, também, um enorme desafio uma vez que as participantes recuperadas da anorexia nervosa apresentam mais dificuldades em adotar estratégias de regulação emocional adaptativas, em comparação com o grupo de controlo. Neste contexto, os comportamentos alimentares mal-adaptativos podem servir

a função de regular as emoções, tal como os modelos teóricos defendem (e.g., Fox & Power, 2009; Haynos & Fruzzetti, 2011), aumentando o risco de recaída. É, deste modo, importante que as capacidades de regulação emocional sejam consideradas como uma componente de prevenção das recaídas.

A vivência de tristeza, vergonha, e medo deixou de ser experienciada com maior frequência, pelo grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa comparativamente ao grupo de controlo, com o controlo do efeito da ansiedade e da depressão. Efetivamente, apesar de os níveis de ansiedade e depressão diminuírem com a recuperação da anorexia nervosa, o grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa continuou a apresentar sintomatologia depressiva, e níveis de sintomatologia ansiosa superiores aos do grupo de controlo. A presença das perturbações emocionais pode ter influenciado, igualmente, a presença, no grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa, de dificuldades no funcionamento emocional, mais especificamente, as dificuldades em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais (TAS - DIF), tal como evidenciado em Beadle et al. (2013), não-aceitação das respostas emocionais (DERS – Não aceitação), e falta de clareza emocional (DERS – Clareza). Por sua vez, as restantes dificuldades emocionais, nomeadamente, o acesso limitado às estratégias de regulação emocional (DERS – Estratégias), as dificuldades no controlo dos impulsos (DERS – Impulsos), e as dificuldades em agir de acordo com os objetivos (DERS – Objetivos), perante a vivência de emoções negativas, parecem permanecer ao longo do curso da doença, independentemente da presença da sintomatologia ansiosa e depressiva. Do mesmo modo, o aumento da experiência de culpa (QAE-AN – Parte I) e diminuição da experiência de alegria (QAE-AN – Parte I) parecem ser independentes das perturbações emocionais.

Estes resultados fornecem informações relevantes para o tratamento da anorexia nervosa e prevenção de recaídas. Em primeiro lugar, a ansiedade e a depressão explicam parcialmente a presença das dificuldades do processamento cognitivo das emoções. Neste sentido, é necessário manter a sintomatologia ansiosa e depressiva estável, após a recuperação da anorexia nervosa, devido à sua associação com a presença de emoções problemáticas na anorexia nervosa, nomeadamente a vergonha e o medo. Mas, também, porque a diminuição da clareza emocional aumenta o risco de os indivíduos

enveredarem pela restrição alimentar e/ou comportamentos compulsivos/purgativos como estratégias de regulação emocional. Em segundo lugar, os resultados do presente estudo reforçam a perspectiva de que a ansiedade e a depressão são provavelmente as variáveis que melhor explicam a variância das perturbações cognitivo-afetivas na anorexia nervosa, contudo não a explicam na totalidade, tal como previamente defendido por Torres et al. (2015). E, em terceiro lugar, a ansiedade e a depressão foram identificadas como fatores etiológicos da anorexia nervosa ao contribuírem para uma perda de peso não planeada, como consequência da falta de apetite e, como tal, poderão ser igualmente fatores precipitantes da recaída da doença.

O tratamento da anorexia nervosa deve incluir outros focos de intervenção para além da redução e estabilização da sintomatologia ansiosa e depressiva. De acordo com as participantes, é fundamental que o tratamento da anorexia nervosa se insira numa abordagem multidisciplinar, realizado em vários contextos (e.g., regime de internamento e de ambulatório), e modelos (e.g., em grupo, individual, familiar), e que comece pela identificação da causa do problema para ser definido um plano que se coadune com essa identificação. Efetivamente, as participantes recuperadas da anorexia nervosa reconheceram que nem sempre o plano de tratamento esteve na linha da causa da sua anorexia nervosa, algo que impactou com a adesão à terapia, e consequentemente com o sucesso terapêutico. De facto, apenas 47.6% das participantes se considera totalmente recuperada uma vez que as restantes ainda apresentam preocupações relacionadas com o peso, alimentação, baixa autoestima, e falta de confiança nas suas capacidades.

A perspectiva das participantes de que é fundamental intervir na causa do problema é interessante uma vez que, mesmo passados 15 anos, após o diagnóstico da anorexia nervosa, as participantes associam a origem da anorexia aos acontecimentos em si, e não aos pensamentos e emoções despoletados pelos mesmos e que, como tal, deveriam ser alvo de intervenção psicoterapêutica. Apenas uma participante fez esta associação. De facto, apesar de as dificuldades em lidar com sentimentos negativos/desagradáveis terem sido identificadas como um fator etiológico da anorexia nervosa, a amostra do presente estudo não deu especial relevo às mesmas como fator determinante na adoção dos comportamentos de restrição alimentar e/ou

comportamentos compulsivos/purgativos. Contudo, foram consideradas um fator importante na manutenção da doença uma vez que estiveram na base de algumas recaídas ao longo do processo de recuperação da anorexia nervosa. Perante a vivência de acontecimentos de vida negativos, que desencadearam a experiência de emoções negativas/desagradáveis, as participantes depararam-se com a dificuldade em adotar estratégias de regulação emocional adaptativas optando por enveredar por estratégias mal-adaptativas tais como o isolamento social, o evitamento, a restrição alimentar e/ou comportamentos compulsivos/purgativos (Aldao et al., 2010; Gratz e Roemer, 2004).

O desvio do foco da atenção para o corpo e para alimentação permitiu não lidar com as emoções negativas contribuindo, deste modo, para a recaída e manutenção da anorexia nervosa, tal como é defendido na literatura (e.g., Caglar-Nazali et al., 2014; Hatch et al., 2010; Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2015; Weestwood et al., 2017). Por sua vez, a capacidade para lidar com sentimentos negativos/desagradáveis foi considerada como sendo fundamental no processo de recuperação da anorexia nervosa e na prevenção de recaídas. Neste sentido, as terapias orientadas para a intervenção emocional deveriam ser, igualmente, consideradas no tratamento da anorexia nervosa. Através do aumento da consciência emocional, assim como o acesso a estratégias de regulação emocional adaptativas, nomeadamente a aceitação emocional, resolução de problemas, reavaliação, e a capacidade de controlo de impulsos (Aldao et al., 2010; Gratz e Roemer, 2004), aumentam a perceção de controlo sobre as emoções contribuindo para diminuir o impulso em restringir na alimentação e/ou adotar comportamentos compulsivos/purgativos. Tendo em consideração a perspetiva transdiagnóstica, a implementação da abordagem emocional no tratamento deveria ser, igualmente, considerada no tratamento da bulimia nervosa, perturbação de ingestão alimentar compulsiva, perturbação da alimentação e da ingestão com outra especificação, e da perturbação da alimentação e da ingestão não especificada uma vez que partilham alguma psicopatologia de natureza cognitiva com a anorexia nervosa (e.g., Cooper & Grave, 2017; Solmi et al., 2018).

De acordo com a maioria das participantes, a intervenção emocional só deve ser incluída no tratamento após a recuperação ponderal, tal como é defendido na literatura, uma vez que o estado de emaciação severa tem repercussões na atividade cerebral (e.g.,

Ebeling et al., 2009). E, a mesma deve ser direcionada para os doentes e para os seus familiares para estes garantirem a continuidade do tratamento no domicílio.

Em suma, no presente estudo procuramos esclarecer se as dificuldades do processamento emocional estão limitadas à fase ativa da doença, como consequência do estado de inanição e da presença de variáveis comórbidas, nomeadamente a ansiedade e a depressão, ou se constituem uma vulnerabilidade que favorece a adoção de comportamentos alimentares desadequados como uma estratégia de regulação emocional. As duas hipóteses parecem ser verdadeiras mediante a competência que é avaliada, tal como Harrison, Tchanturia et al. (2010) defendem. Neste sentido:

- as dificuldades em descrever os sentimentos aos outros (TAS - DDF), o estilo de pensamento orientado para o exterior (TAS - EOT), e a falta de consciência emocional (DERS – Consciência) parecem ser características estado uma vez que não estão presentes na fase recuperada a longo prazo da anorexia nervosa;
- as dificuldades em identificar e diferenciar os sentimentos de sensações corporais (TAS - DIF), a não aceitação das respostas emocionais (DERS - Não aceitação), e a falta de clareza emocional (DERS - Clareza) apenas estão presentes na fase recuperada da anorexia nervosa porque estão associadas à sintomatologia ansiosa e depressiva;
- apesar do grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa apresentar níveis superiores de sintomatologia depressiva relativamente ao grupo de controlo, essas diferenças não são significativas. O mesmo não acontece com a sintomatologia ansiosa, que parece revelar-se uma característica traço, igualmente, identificada, por algumas participantes, na fase anterior ao aparecimento da anorexia nervosa;
- do mesmo modo, o acesso limitado às estratégias de regulação emocional (DERS - Estratégias), as dificuldades no controlo dos impulsos (DERS - Impulsos), e as dificuldades em agir de acordo com os objetivos (DERS - Objetivos) persistem após a recuperação da anorexia nervosa.

O acesso limitado a estratégias de regulação emocional adaptativas parece ser um padrão difícil de mudar sem uma intervenção direta. Uma vez que o mesmo pode estar

na origem da adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos, como uma estratégias de regulação emocional (e.g., Brockmeyer, Bents et al., 2012; Heatherton & Baumeister, 1991; Macht, 2008; Wildes et al., 2010), a inclusão, no tratamento, de abordagens que explorem o aumento da consciência e aceitação emocional, assim como a capacidade para tolerar e regular as emoções torna-se fundamental para promover a redução das recaídas e a recuperação da anorexia nervosa.

LIMITAÇÕES

O desenho da presente investigação teve em consideração as diferenças metodológicas e as limitações identificadas nos vários estudos existentes que tentaram clarificar a natureza e o papel das dificuldades ao nível do funcionamento emocional, ao longo do curso da anorexia nervosa, assim como a possível influência da ansiedade e da depressão. Contudo, na presente investigação, identificamos, igualmente, algumas limitações que devem ser reportadas e consideradas em futuras investigações relacionadas com o presente tema. Mais especificamente:

- O contato estabelecido com as participantes ocorreu 15 anos após terem sido diagnosticadas com anorexia nervosa. Neste período de tempo, vários contatos deixaram de estar atualizados na base de dados do Centro Hospitalar de São João impossibilitando o acesso à totalidade da amostra inicial.
- O tamanho reduzido da amostra. Para além da impossibilidade de contactarmos a totalidade da amostra inicial, cinco participantes foram excluídas uma vez que não reuniram os critérios de inclusão no grupo de participantes recuperadas da anorexia nervosa, e outras cinco recusaram fazer parte do presente estudo. Neste sentido, a amostra foi composta por 24 participantes, sendo que três delas não responderam à Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa, por indisponibilidade de tempo. Este tamanho amostral limita não apenas a generalização dos dados à população com este diagnóstico, mas, também, a possibilidade de explorar se existem diferenças entre os subtipos da anorexia nervosa relativamente ao processamento emocional, após a recuperação a longo prazo da doença. Esta análise é importante uma vez que, caso existam diferenças entre os subtipos da anorexia nervosa, a intervenção terapêutica deve considerar as mesmas para o tratamento ser mais eficaz. Até ao momento, a literatura defende que, perante a experiência de emoções negativas, os indivíduos com anorexia nervosa tipo ingestão compulsiva/purgativo apresentam um acesso mais limitado às estratégias de regulação emocional, e maiores dificuldades em controlar os impulsos do que o tipo restritivo (e.g., Haynos et al., 2014; Rowsell et al., 2016). Contudo, os dados foram obtidos apenas a partir de dois estudos, pelo que é necessário replicar os mesmos para as conclusões serem sólidas na literatura. É ainda de referir que, uma amostra maior permitiria, também, analisar

o funcionamento emocional dos participantes que recuperaram da anorexia nervosa e o dos que não recuperaram e, conseqüentemente, explorar se o funcionamento emocional tem efeito no curso da doença (recuperação vs. não recuperação).

- Um único momento de avaliação, após a recuperação a longo prazo da anorexia nervosa, impossibilitou analisar que dificuldades do funcionamento emocional recuperam mais rapidamente e as que necessitam de mais tempo para recuperar. Uma avaliação a curto prazo poderia contribuir para replicar os resultados existentes relativamente à alexitimia e esclarecer os dados incongruentes relativamente à recuperação das dificuldades de regulação emocional com o ganho ponderal. E, uma avaliação a médio prazo poderia ajudar a responder a esta questão.
- O grupo de controlo não foi acompanhado longitudinalmente devido à ausência de contatos dos participantes. Teria sido pertinente avaliar, neste estudo, o grupo de controlo que fez parte do estudo de Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres et al. (2011) com o objetivo de explorar se as competências emocionais estudadas também se alteraram no grupo de controlo e/ou se estão relacionadas com a idade (Hiirola et al., 2017).
- O efeito da medicação não foi controlado. Esta variável deve ser considerada em estudos futuros uma vez que pode camuflar ou exacerbar a presença de dificuldades emocionais (Jänsch et al., 2009; Oldershaw et al., 2011).
- O período que mediou o diagnóstico da anorexia nervosa e a realização da Entrevista Semiestruturada sobre a Regulação Emocional na Anorexia Nervosa foi considerado demasiado alargado pelas participantes para conseguirem fazer uma análise retrospectiva detalhada. As participantes tiveram dificuldades em recordar acontecimentos e emoções associadas que ocorreram e vivenciaram há 15 anos atrás, o que dificultou a exploração de alguma informação. Entrevistas complementares em fases diferentes, como a fase aguda, a fase de recaída (quando aplicável) e a fase de recuperação (inicial e a médio-prazo), poderão ajudar a aprofundar o conhecimento acerca das dificuldades emocionais sentidas e o seu papel ao longo do curso da doença. Adicionalmente, poderá ser

interessante explorar o funcionamento emocional em participantes com o diagnóstico crónico de anorexia nervosa para identificar se existem diferenças relativamente às participantes recuperadas.

- Como qualquer análise qualitativa, esta envolveu uma série de decisões baseadas em interpretações que são sensíveis à subjetividade do analista.
- O recurso à videochamada, como método de recolha de dados, poderá não ter sido o ideal uma vez que a utilização deste tipo de tecnologia não era tão comumente utilizado como é atualmente, podendo ter promovido alguma retração no discurso das participantes.
- O valor ponderal e o da altura registados foram conseguidos via autorrelato. O valor dos mesmos pode ter sido influenciado pela perceção pessoal e/ou desejabilidade social.
- A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional apenas foi respondida na fase recuperada da anorexia nervosa, impossibilitando a análise das dificuldades avaliadas nesta escala ao longo do curso da doença.
- O tamanho reduzido da amostra impossibilitou a análise da intensidade emocional sentida em cada um dos 20 estímulos mencionados na Parte II do Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa. Face a esta dificuldade não foi possível explorar a relação entre a emoção sentida em cada estímulo e os grupos, i.e., fase ativa da doença *vs.* fase recuperada da doença, e fase recuperada da doença *vs.* grupo de controlo.
- As dificuldades em identificar as emoções poderão ter dificultado o preenchimento das medidas de autorrelato. Face à dificuldade sentida, as participantes poderão ter selecionado uma resposta de acordo com a desejabilidade social em vez daquilo que sentiam.

Em suma, o desenho das futuras investigações deverá ter em consideração as limitações identificadas nos estudos anteriores, assim como as do presente estudo com o objetivo de se aprofundar os conhecimentos acerca do funcionamento emocional ao longo do curso da anorexia nervosa, assim como a possível influência da ansiedade e da depressão. Mais especificamente, é importante que os estudos explorem as dificuldades

em identificar, descrever, verbalizar e regular as emoções em participantes recuperados a longo prazo da anorexia nervosa com o objetivo de replicar os resultados obtidos no presente estudo, e conseqüentemente, generalizar os mesmos com maior robustez. Para além disso, poderá ser interessante explorar outras competências do funcionamento emocional, tais como a capacidade para fazer inferências acerca das emoções dos outros, assim como explorar outras estratégias de regulação emocional que não são avaliadas através da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, tais como o evitamento, a ruminação, a supressão emocional, e a resolução de problemas. As futuras investigações deverão, igualmente, considerar explorar a duração das emoções sentidas, para além da frequência e intensidade das mesmas. E não se devem restringir ao leque das 10 emoções primárias, tal como é exemplo do prazer, tendo em conta a presença da sintomatologia ansiosa e depressiva, e o orgulho, tendo em conta a baixa autoestima sentida.

A adoção de uma metodologia mista, num estudo longitudinal, que acompanha a mesma amostra de participantes (grupo com anorexia nervosa *vs.* grupo de controlo) em vários momentos (e.g., fase aguda da doença, fase recuperada após seis meses, e fase recuperada após 12 meses) poderá ser o desenho base ideal.

Para além disso, é importante que as futuras investigações apresentem uma definição consensual de recuperação da anorexia nervosa, até porque enquanto não existir na literatura uma definição consensual e transversal de recuperação, escolher uma definição em detrimento de outra irá continuar a ser dependente dos objetivos de cada estudo, o que impactará com a comparação e a generalização dos resultados dos vários estudos (Couturier & Lock, 2006). Conceções de recuperação focadas apenas no valor ponderal (e.g., Merwin et al., 2013; Miller et al., 2009), ou alcance do fim de um tratamento (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Ben-Porath et al., 2014) poderão ser limitativas. Por outro lado, conceções muito alargadas (Noordenbos & Seubring, 2006; Pettersen & Rosenvinge, 2002) poderão dificultar a composição da amostra de participantes recuperadas da anorexia nervosa.

Não obstante as limitações identificadas, este estudo representa um avanço importante no conhecimento acerca do funcionamento emocional em participantes recuperadas da anorexia nervosa.

CONCLUSÃO GERAL

A presente tese começou por mostrar que a bibliografia é consensual em identificar a etiologia da anorexia nervosa como multideterminada por fatores psicológicos, biológicos, familiares e socioculturais (e.g., Connan et al., 2003; Treasure et al., 2012; Treasure & Schmidt, 2013). E que os estudos começaram, igualmente, a explorar o papel das dificuldades no processamento emocional no desenvolvimento e manutenção da doença.

Mais recentemente as seguintes questões foram levantadas: o foco no peso e na forma corporal, através da adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos (e.g., restrição alimentar, ingestão alimentar compulsiva, comportamentos purgativos) surge como uma forma de evitar, suprimir ou regular as emoções (e.g., Brockmeyer, Bents et al., 2012; Heatherton & Baumeister, 1991; Macht, 2008; Wildes et al., 2010)? Ou, as dificuldades no funcionamento emocional surgem como consequência da perda de peso e da presença da ansiedade e da depressão (e.g., Haynos et al., 2014; Harrison, Sullivan et al., 2010; Racine & Wildes, 2013)?

Responder a estas questões implica o acompanhamento longitudinal da mesma amostra de participantes ao longo do curso da doença, i.e., desde a fase aguda da anorexia nervosa até à fase recuperada da mesma, e de um grupo de controlo. Contudo, a maioria dos estudos existentes adotou uma metodologia transversal, e apenas um estudo incluiu uma amostra de participantes saudáveis (Beadle et al., 2013). Para além disso, os estudos longitudinais avaliaram as competências emocionais numa fase inicial da recuperação da doença (Beadle et al., 2013; Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Ben-Porath et al., 2014; Haynos et al., 2014; Rowsell et al., 2016), não sendo possível avaliar o funcionamento emocional após a estabilização da recuperação da anorexia nervosa. E, não existe uma definição única e consensual de recuperação na literatura.

Neste sentido, e com o objetivo de respondermos às questões acima levantadas, tivemos em consideração as limitações identificadas nos vários estudos quando desenhamos a presente tese. Para tal, levamos a cabo um estudo de 15 anos de *follow-up*, com participantes com anorexia nervosa, a partir de uma metodologia mista.

Começamos pela escolha dos instrumentos de avaliação. Para além daqueles que foram utilizados para avaliar o funcionamento emocional na fase aguda da doença (cf.

Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres et al., 2011), incluímos a escala de avaliação das dificuldades de regulação emocional, e uma entrevista semiestruturada construída especificamente para a presente investigação. Enquanto a inclusão da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional teve como propósito complementar os dados recolhidos através da Escala de Alexitimia de Toronto, a inclusão da entrevista iria permitir consolidar os resultados obtidos, através das medidas de autorrelato, numa amostra de participantes que tem dificuldade em identificar as emoções. E, iria permitir responder às seguintes questões: Quais foram os fatores que desempenharam um papel determinante no aparecimento da anorexia nervosa? Que dificuldades emocionais foram identificadas antes, durante e após a recuperação da anorexia nervosa? Qual o papel que atribuem a estas dificuldades no curso da doença? Que abordagem terapêutica deve ser implementada no tratamento da anorexia nervosa?

Do nosso melhor conhecimento, este é o primeiro estudo que explora o funcionamento emocional em participantes recuperadas de anorexia nervosa a longo prazo. Os escassos e divergentes resultados, apresentados pelos estudos que avaliam as competências emocionais em participantes recuperados da anorexia nervosa, levaram-nos a não levantar nenhuma hipótese. Contudo, os resultados obtidos nesta investigação permitiram aumentar o conhecimento acerca da natureza e papel das dificuldades do processamento emocional ao longo do curso da anorexia nervosa.

Os resultados do presente estudo são indicativos de que algumas dificuldades emocionais estão limitadas à fase ativa da doença, outras estão exacerbadas, na fase recuperada da anorexia nervosa, devido à presença da sintomatologia ansiosa e depressiva, e outras permanecem estáveis ao longo do curso da doença. Mais especificamente, as dificuldades em descrever os sentimentos aos outros, o estilo de pensamento orientado para o exterior, e a falta de consciência emocional parecem ser características-estado uma vez que apenas estão presentes na fase aguda da anorexia nervosa. Por sua vez, as dificuldades em identificar e diferenciar os sentimentos das sensações corporais, a não-aceitação das respostas emocionais, e a falta de clareza emocional apenas estão presentes na fase recuperada da anorexia nervosa porque estão associadas à sintomatologia ansiosa e depressiva. E, a sintomatologia ansiosa, o acesso limitado às estratégias de regulação emocional, as dificuldades no controlo dos

impulsos, e as dificuldades em agir de acordo com os objetivos persistem após a recuperação da anorexia nervosa, revendo assumirem-se características-traço.

Os resultados do presente estudo evidenciaram, igualmente, que o leque de fatores implicados na etiologia da anorexia nervosa foi superior ao leque de fatores implicados na recaída da doença. Enquanto a etiologia da doença foi considerada, pelas participantes recuperadas da anorexia nervosa, multideterminada pela interação de fatores psicológicos, familiares e socioculturais. A recaída da doença foi, maioritariamente, justificada pelas dificuldades em lidar com sentimentos negativos/desagradáveis.

Estes resultados são interessantes e têm implicações relevantes para a prática clínica. Tendo em consideração que os indivíduos recuperados da anorexia nervosa têm dificuldades lidar e gerir as emoções, assim como em recorrer a um leque maior de estratégias de regulação emocional, a adoção de comportamentos alimentares mal-adaptativos, como uma estratégia de regulação emocional, tem que ser cessada. Neste sentido, a inclusão no tratamento, de abordagens que explorem o aumento da consciência e a aceitação emocional (e.g., Baer et al., 2006; Gilbert, 2009; Wildes & Marcus, 2011), assim como a capacidade para tolerar e regular as emoções (Dolhanty & Greenberg, 2007; 2009), poderá promover a redução das recaídas e, conseqüentemente, a recuperação da anorexia nervosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of eating disorders* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association (2006). Treatment of patients with eating disorders. (3rd ed). *American Journal of Psychiatry, 163*(7 Suppl.), 4-54.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of eating disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Baer, R. A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Beadle, J. N., Paradiso, S., & McCormick, L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, 25*(2), 107-120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23638441/>

- Beales, D. L., & Dolton, R. (2000). Eating disordered patients: Personality, alexithymia, and implications for primary care. *British Journal of General Practice*, 50, 21-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313605/>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Becker-Stoll, F., & Gerlinghoff, M. (2004). The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12, 159-163. <https://doi.org/10.1002/erv.566>
- Ben-Porath, D. D., Federici, A., Wisniewski, L., & Warren, M. (2014). Dialectical behaviour therapy: Does it bring about improvements in affect regulation in individuals with eating disorders? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 245-251. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9271-2>
- Berenbaum, H., & Irvin, S. (1996). Alexithymia, anger and interpersonal behaviour. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 203-208. <https://doi.org/10.1159/000289076>
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 143-146. <https://doi.org/10.1002/eat.20164>
- Blythin, S., Nicholson, H. L., Macintyre, V. G., Dickson, J. M., Fox, J. R. E., & Taylor, P. J. (2020). Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(1), 134-159. <https://doi.org/10.1111/papt.12198>

- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200, 550-553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.009>
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 496-501. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.003>
- Brockmeyer, T., Stunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Friederich, H., et al. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A., & Reichborn-Kjennerud, Y. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59. <https://doi.org/10.1002/eat.20107>
- Brunch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194. <http://doi.org/10.1097/00006842-196203000-00009>
- Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkevari, E., Micali, N., & Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of “systems for social process” in eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 42, 55-92. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.002>

- Calugi, S., Dametti, L., Dametti, M., Grave, A. D., & Grave, R. D. (2021). Change in eating-disorder psychopathology network structure in patients with anorexia nervosa treated with intensive cognitive behaviour therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 54(10), 1800-1809. <https://doi.org/10.1002/eat.23590>
- Castro, T. F., Miller, K., Araújo, M. X., Brandão, I., & Torres, S. (2021). Emotional processing in recovered anorexia nervosa patients: A 15 year longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 29, 955-968. <https://doi.org/10.1002/erv.2858>
- Caudle, S.L. (1994). Using qualitative approaches. In J. S. Wholey, H.P. Hatry, & D.E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp.69-95). Jossey-Bass.
- Cliffe, C., Shetty, H., Himmerich, H., Schmidt, U., Stewart, R., & Dutta, R. (2020). Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 458-465. <https://doi.org/10.1002/eat.23240>
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199309\)14:2<219::AID-EAT2260140212>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199309)14:2<219::AID-EAT2260140212>3.0.CO;2-G)
- Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 79, 13-24. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00101-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00101-X)
- Cooper, Z., & Grave, D. R. (2017). Eating disorders: Transdiagnostic theory and treatment. In S. G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 337–357). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00014-3>

- Corstorphine, E. (2006). Cognitive-emotional-behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448-461. <https://doi.org/10.1002/erv.747>
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 91-97. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.02.003>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. [The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 550-555. <https://doi.org/10.1002/eat.20309>
- Damasio, A. R. (1995). Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypotheses. *The Neuroscientist*, 1(1), 19-25. <https://doi.org/10.1177/107385849500100104>
- Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. A., Frostad, D., & Kessle, U. (2016). Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) in the treatment of anorexia nervosa: A prospective multidisciplinary study. *BMC Psychiatry*, 16, 342. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1056-6>
- Dejong, H., Broadbent, H., Schmidt, U. (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 635-47. <https://doi.org/10.1002/eat.20956>

- Diegas, M. C. T., & Cardoso, R. M. (1986). Escalas de autoavaliação da depressão (Beck e Zung): Estudos de correlação. [Self-reporting measures of depression (Beck and Zung): Correlations studies]. *Psiquiatria Clínica*, 7, 141-145.
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*, 7(1), 97-116.
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 366-382. <https://doi.org/10.1002/cpp.624>
- Dougherty, L. M., Abe, J. A., & Izard, C. (1996). Differential emotions theory and emotional development in adulthood and later life. In C. Magai & S. H. McFadden, (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 27-41). Academic Press.
- Ebeling, H., Tapanainen, P., Joutsenoja, A., Koskinen, M., Morin-Papunen, L., Järvi, L., Hassinen, R., Keski-Rahkonen, A., Rissanen, A., & Wahlbeck, K. (2003). A practice guideline for treatment of eating disorders in children and adolescents. *Annals of Medicine*, 35(7), 488-501. <https://doi.org/10.1080/07853890310000727>
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., Edkins, K., Krisha, M., Herzog, D. B., Keel, P. K., & Franko, D. L. (2017). Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184-189. <https://doi.org/10.4088/jcp.15m10393>
- Eizaguirre, A. E., Cavezón, A. O. S., Alda, I. O., Olariaga, L. J., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00099-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00099-0)

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2nd ed.). Sage.
- Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A., & Hetrick, S. E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780>
- Federici, A., & Kaplan, A. (2008). The patient’s account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, *16*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/erv.813>
- Flütsch, N., Hilti, N., Schräer, C., Soumana, M., Probst, F., Häberling, I., Berger, G., & Pauli, D. (2021). Feasibility and acceptability of home treatment as an add-on to family based therapy for adolescents with anorexia nervosa. A case series. *International Journal of Eating Disorders*, *54*, 1707-1710. <https://doi.org/10.1002/eat.23567>
- Fox, J. R. E., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrative model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*(4), 240-267. <https://doi.org/10.1002/cpp.626>
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Brunner/ Mazel.
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(1), 8-19. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200007\)28:1<8::AID-EAT2>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200007)28:1<8::AID-EAT2>3.0.CO;2-U)

- Gonidakis, F., Kravvariti, V., & Varsou, E. (2015). Sexual function of women suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *41*, 368-378. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.915904>
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*(1), 12-19. <https://doi.org/10.1002/cpp.463>
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grave, R. D. (2012). *Intensive cognitive behavior therapy for eating disorders*. (1st ed.), Nova Science Publisher.
- Grave, R. D., Ghoch, M., Satirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: An update. *Current Psychiatry Reports*, *18*(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0643-4>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, *39*, 281–291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1887-1897. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000036>

- Harrison, A., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: State or trait? *Biological Psychiatry*, *68*, 755-761. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.037>
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. M. (2010). Anorexia Nervosa: Towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review*, *18*, 165-179. <https://doi.org/10.1002/erv.974>
- Haynos, A.F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*(3), 183–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Haynos, A. F., Roberto, C. A., Martinez, M. A., Attia, E., & Fruzzetti, A. E. (2014). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(8), 888-891. <https://doi.org/10.1002/eat.22265>
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, *110*(1), 86-108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. Sage.
- Herpetz-Dahlmann, B. (2017). Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(6), 438–445. <http://dx.doi.org/10.1097/ycp.0000000000000357>
- Herpetz-Dahlmann, B., Seitz, J., & Konrad, K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa: From a “psychosomatic family model” to a neuropsychiatric disorder? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *261*(2), 177-181. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0246-y>

- Himmerich, H., Hotopf, M., Shetty, H., Schmidt, U., Treasure, J., Hayes, R., Stewart, R., & Chang, C. (2019). Psychiatric comorbidity as a risk factor for mortality in people with anorexia nervosa. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 351-359. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0937-8>
- Himmerich, H., Schönknecht, P., Heitmann, S., & Sheldrick A. (2010). Laboratory parameters and appetite regulators in patients with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(2), 82-92. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000369969.87779.1c>
- Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R. M., Joukamaa, M., Jula, A., Kronholm, E., Saarijärvi, S., Salminen, J. K., Suvisaari, J., Taylor, G., & Mattila, A. K. (2017). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.007>
- Iancu, I., Horesh, N., Offer, D., Dannon, P. N., Lepkifker, E., & Kotler, M. (1999). Alexithymia, affect intensity and emotional range in suicidal patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(5), 276-280. <https://doi.org/10.1159/000012344>
- Izard, C. E. (1984). Emotion-cognition relationship and human development. In C. E. Izard, J. Kagan, & R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior* (pp. 17-37). Cambridge University Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science & Business Media.
- Izard, C. E., & Buechler, S. (1980). Aspects of consciousness and personality in terms of differential emotions theory. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: theory, research, and experience* (Vol. 1, pp. 165-187). Academic Press.

- Jänsch, C., Harmer, C., & Cooper, M.J. (2009). Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers. *Eating Behaviors*, *10*(3), 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.06.001>
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: A critical review. *Family Process*, *55*(3), 577–594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>
- Keating, L., Tasca, G. A., & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, *14*, 366-373. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.013>
- Keel, P., & Brown, T. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*, 195-204. <https://doi.org/10.1002/eat.20810>
- Keshaviah, A., Edkins, K., Hastings, E. R., Krishna, M., Franko, D. L., Herzog, D. B., Thomas, J. J., Murray, H. B., & Eddy, K. T. (2014). Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: A meta-analysis redux. *Comprehensive Psychiatric*, *55*(8), 1773-1784. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.017>
- Kezelman, S., Touyz, S., Hunt, C., & Rhodes, P. (2015). Does anxiety improve during weight restoration in anorexia nervosa? A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, *3*(7), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0046-2>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1080/10705511.2012.687667>

- Kutlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D., Barbin, J. & Murphy-Eberenz, K. (1998). The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41-48. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.1.41>
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med*, 43(6), 531-43. <https://doi.org/10.1097/00006842-198112000-00009>
- Levenson, R. W. (1994). Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). Oxford University Press.
- Levine, M. P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 146(1-2), 243-257. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>
- Lundh, L. G., Johnsson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, 2(4), 361-379. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.2.4.361>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Mancuso, S. G., Newton, J. R., Bosanac, P., Rossel, S. L., Nesci, J. B., & Castle, D. J. (2015). Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 519–520. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143461>
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76, 90-106. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_6

- Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Wagner, H. R., Ritschel, L. A., Craighead, L. W., & Zucher, N. L. (2013). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: Relationship to self-perceived sensory sensitivity. *Cognition and Emotion*, 27(3), 441-452. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.719003>
- Miller, S. P., Erickson, S. J., Branom, C., & Steiner, H. (2009). Habitual response to stress in recovering adolescent anorexic patients. *Child Psychiatric & Human Development*, 40, 43-54. <https://doi.org/10.1007/s10578-008-0112-y>
- Morris, R., Bramham, J., Smith, E., & Tchanturia, K. (2014). Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19(1), 47-57. <https://doi.org/10.1080/13546805.2013.794723>
- Mustelin, L., Silén, Yasmina, Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2016). The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.003>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 18, 1-21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eating Disorders*, 14(1), 41-54. <https://doi.org/10.1080/10640260500296756>
- Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 502-509. <https://doi.org/10.1002/erv.2153>

- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 970-988. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.001>
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72, 73-79. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c6c7ca>
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa. A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10(1), 61–71. <https://doi.org/10.1002/erv.425>
- Ponciano, E., Serra, V., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung, numa amostra de população portuguesa – I. Resultados da aplicação numa amostra de população normal. [Portuguese adaptation of Zung Self- Rating Anxiety Scale – I. Results of the application in a sample from the everyday population]. *Psiquiatria Clínica*, 3, 191-202.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in Anorexia Nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 99-103. <https://doi.org/10.1002/eat.20011>

- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). [Portuguese adaptation of the Twenty-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 9, 9-21.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique role of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 713-720. <https://doi.org/10.1002/eat.22145>
- Rowell, M., MacDonald, D., & Carter, J. (2016). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: Associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0108-0>
- Rushford, N. (2006). Fear of gaining weight: its validity as a visual analogue scale in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14, 104-110. <https://doi.org/10.1002/erv.682>
- Russell, J. A., & Barrett, L. F. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 805–819. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.5.805>
- Serra, V., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung, numa amostra de população portuguesa – II. Sua avaliação como instrumento de medida. [Zung's Self-evaluation Anxiety Scale in a Portuguese sample II. Its evaluation as an assessment instrument]. *Psiquiatria Clínica*, 3, 203-213.

- Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S., & Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277–286. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199804\)23:3<277::AID-EAT5>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:3<277::AID-EAT5>3.0.CO;2-G)
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255–262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Silverman, J. A. (1992). Historical development. In K. A. Halmi (Ed.), *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa* (pp. 3-18). American Psychiatric Press.
- Silverman, J. A. (1997). Anorexia nervosa: Historical perspective on treatment. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp. 3-10). The Guilford Press.
- Smink, F., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>
- Solmi, M., Collantoni, E., Meneguzzo, P., Degortes, D., Tenconi, E., & Favaro, A. (2018). Network analysis of specific psychopathology and psychiatric symptoms in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 5(7), 680-692. <https://doi.org/10.1002/eat.22884>
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Venisse, J., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., & Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135, 153-163. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.04.001>

- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-93. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Strigo, I. A., Matthews, S. C., Simmons, A. N., Oberndorfer, T., Klabunde, M., Reinhardt, L. E., Kaye, W. H. (2013). Altered insula activation during pain anticipation in individuals recovered from anorexia nervosa: evidence of interoceptive dysregulation. *International Journal of Eating Disorder*, 46(1), 23-33. <https://doi.org/10.1002/eat.22045>
- Strobel, C., Quadflieg, N., Naab, S., Voderholzer, U., & Fichter, M. M. (2019). Long-term outcomes in treated males with anorexia nervosa and bulimia nervosa — A prospective, gender-matched study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), 1353-1364. <https://doi.org/10.1002/eat.23151>
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.6.725>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Tchanturia, K., Davies, H., Harrison, A., Fox, J. R. E., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Altered social hedonic processing in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 962-969. <https://doi.org/10.1002/eat.22032>

- Tomkins, S. S., & Izard, C.E. (1965). *Affect, cognition, and personality: empirical studies*. Springer.
- Torres, S., & Guerra, M. P. (2003). A construção de um instrumento de avaliação de emoções para a anorexia nervosa. [The development of an instrument to evaluate emotions in anorexia nervosa]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 97-109. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5524/2/82169.pdf>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Miller, K., Vieira, F. M., Roma-Torres, A., Brandão, I., & Costa, P. (2015). Alexithymia in anorexia nervosa: the mediating role of depression. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.023>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., & Vieira, F. (2011). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19, 100-111. <https://doi.org/10.1002/erv.1046>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Vieira, F., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2011). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182-189. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300006>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Williamson, D. A., Roma-Torres, A., & Vieira, F. (2008). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV (IDED-IV) específica para a Anorexia Nervosa. [Contribution to the Portuguese adaptation of the Interview for the Diagnosis of Eating Disorders – IV (IDED-IV) specifically for Anorexia Nervosa]. *Arquivos de Medicina*, 22, 113-119. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v22n4-5/22n4-5a02.pdf>

- Treasure, J., Corfield, F., & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 431-438. <https://doi.org/10.1002/erv.2181>
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 11-13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
- Vandereycken, W., & van Deth, R. (1996). *From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation*. Athlone Press.
- Van Deth, R. & Vandereycken, W. (2000). Food refusal and insanity: Sitophobia and anorexia nervosa in Victorian asylums. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 390-404. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200005\)27:4%3C390::aid-eat3%3E3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200005)27:4%3C390::aid-eat3%3E3.0.co;2-t)
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Shannan, E. H., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C., & Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 276-284. <https://doi.org/10.1002/eat.20251>
- Weinberg, C., Cordás, T. A., & Munoz, P. A. (2005). Santa Rosa de Lima: Uma santa anoréxica na América Latina? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 51-56. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000100006>
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66-81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>

- Wildes, J. E., Marcus, M. D. (2011). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 421-7. <https://doi.org/10.1002/eat.20826>
- Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 398-404. <https://doi.org/10.1002/eat.20730>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*.
- World Health Organization (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta- analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Long term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 335, 721-722. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)05363-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)05363-5)
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
- Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)

ANEXOS

Anexo A

Entrevista semi-estruturada sobre a regulação emocional na anorexia nervosa

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA SOBRE A REGULACAO
EMOCIONAL NA ANOREXIA NERVOSA
(Castro, T., Torres, S., & Araújo, M., 2015)**

Data: ____/ ____/ _____

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/ ____/ _____

A presente entrevista semiestruturada tem como objetivo explorar o modo como compreende as suas experiências em relação à anorexia nervosa. Vamos procurar explorar alguns fatores que possam ter tido um papel importante no curso e tratamento desta doença.

As suas respostas são confidenciais pelo que tudo o que disser será usado unicamente no âmbito desta investigação, e com total proteção dos dados pessoais. Não existem respostas certas nem erradas!

I. ETIOLOGIA

1. Na sua opinião como acha que a sua anorexia começou? (*Que idade tinha? Quanto pesava?*)

2. Com base no que me contou da sua história, se tivesse que destacar os fatores que desempenharam um papel determinante no aparecimento desta doença, quais destacaria?

(*Quadro de referência para dar exemplos, se necessário.*)

Sugestões:

Problemas familiares.	Pressão para atingir objetivos.	Predisposição genética.
Influência dos meios de comunicação social.	Problemas de autoestima.	Incapacidade para tolerar/lidar com sentimentos negativos/desagradáveis.
Características de personalidade.	Dificuldades relacionais fora da família.	Falhas/insucesso significativo.
Envolvimento em atividades que se focam no peso, forma corporal e aparência.	Insatisfação com a aparência/imagem corporal.	Acontecimentos de vida negativos.
Suporte social.	Influência dos amigos.	Influência cultural.

3. Hierarquize os fatores do mais importante para o menos importante no aparecimento da sua anorexia.

4. Conte-me um episódio marcante no qual tenha vivido um sentimento intenso, positivo ou negativo (e.g., tristeza profunda, vergonha, alegria), antes do aparecimento da anorexia nervosa. (*O que pensou? O que sentiu?*)

II. TRATAMENTO

9. Quando foi feito o diagnóstico de anorexia nervosa? Que tipo de tratamentos fez?

(Quadro de referência para dar exemplos, se necessário.)

Sugestões:

Psicoterapia individual.	Farmacoterapia.	Livros/ leitura de material.
Terapia de grupo.	Consulta de nutrição.	Terapias alternativas (e.g., yoga, meditação).
Terapia familiar.	Tratamento intensivo (e.g., internamento, hospital de dia).	Internet (e.g., chat lines/net-support).
Terapia de casal.	Grupo de autoajuda.	

DATA DE DIAGNÓSTICO DA ANOREXIA NERVOSA		
<i>(Quem diagnosticou o problema?):</i>		
DATA DE INÍCIO/IDADE	TIPO DE TRATAMENTO <i>(Variações de peso?)</i>	PORQUE É QUE O TRATAMENTO TERMINOU? <i>(Data de término? Idade?)</i>

Obs.: _____

10. Como é que se considera atualmente: recuperada, parcialmente recuperada, não recuperada? (Justifique.)

11. Quais foram os aspetos da terapia que mais a ajudaram?

12. Quais foram os aspetos da terapia que menos a ajudaram?

13. Em algum momento do seu tratamento foram abordadas as dificuldades em lidar com as emoções? (*Como foi trabalhado? Em que medida foi útil? Se não, acha que devia ter sido incluído? Em que momento do tratamento é útil incluir este trabalho de desenvolver estratégias para lidar com as emoções?*) (Descreva.)

(Quadro de referência para dar exemplos, se necessário.)

Sugestões:

Problemas familiares.	Pressão para atingir objetivos.	Predisposição genética.
Influência dos meios de comunicação social.	Problemas de autoestima.	Incapacidade para tolerar/lidar com sentimentos negativos/desagradáveis.
Características de personalidade.	Dificuldades relacionais fora da família.	Falhas/insucesso significativo.
Envolvimento em atividades que se focam no peso, forma corporal e aparência.	Insatisfação com a aparência/imagem corporal.	Acontecimentos de vida negativos.
Suporte social.	Influência dos amigos.	Influência cultural.
Exercício físico excessivo.	Não estar envolvido(a) no tratamento.	

22. Hierarquize os fatores do mais importante para o menos importante no reaparecimento dos sintomas/ recaídas?

IV. PARTICIPANTES RECUPERADOS

(Definição de recuperação: 12 meses sem sintomatologia.)

(As perguntas referem-se aos últimos 12 meses.)

23. Conte-me um episódio marcante que tenha ocorrido no último ano e no qual tenha vivido um sentimento intenso. *(O que pensou? O que sentiu?)*

24. Como lidou com ele?

25. No geral, é esta a sua forma de lidar com sentimentos intensos noutras situações? *(Que estratégias adota para lidar com os sentimentos intensos?)*

(Quadro de referência para dar exemplos, se necessário.)

Sugestões:

Conversa com alguém próximo.	Exercício físico.	Trabalhar.
Técnicas de relaxamento.		

26. Que emoções hoje são mais fáceis de lidar do que quanto tinha AN?

Que emoções hoje são mais difíceis de lidar do que quando tinha AN?

(Quadro de referência.)

Sugestões:

Interesse.	Alegria.	Surpresa.
Cólera.	Nojo.	Desprezo.
Medo.	Vergonha.	Tristeza.
Culpa.		

V. FINALIZAÇÃO

39. O que diria ou faria em relação a alguém que estivesse a passar por uma situação emocionalmente muito intensa (e.g., grande tristeza, revolta).

40. Que conselho daria aos técnicos para melhorarem a sua intervenção na área emocional?

Anexo B

Declaração de consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

PROCESSAMENTO DE EMOÇÕES

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) -----
-----, declaro ter compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 201__

Assinatura do participante: _____

O Investigador responsável:

Nome: Telma Fontão de Castro

Assinatura:

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

