U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Ver de Fora, Sentir por Dentro: Perspetivas das Irmãs sobre a Anorexia Nervosa

Juliana Filipa Teixeira Macedo

M

2025

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

VER DE FORA, SENTIR POR DENTRO: PERSPETIVAS DAS IRMÃS SOBRE A ANOREXIA NERVOSA

Juliana Filipa Teixeira Macedo

Junho, 2025

Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Psicologia, área de Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), orientada pela **Professora Doutora Filipa Mucha Vieira** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais 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 dissertação, o/a autor/a 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 de referências. O/A autor/a declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação "Investigating the cause and maintenance of anorexia nervosa (I-CAN): Cognitive processes and body Image" (Coordenação: Prof. Sandra Torres e Prof. Filipa Vieira), desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Como colaboradora deste projeto de investigação, durante os anos letivos 2023/2024 e 2024/2025, participei na recolha e análise de dados qualitativos das entrevistas às irmãs de pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa, assim como, na inserção dos questionários na plataforma Inquéritos.up, para recolha de dados quantitativos.

O presente estudo constitui uma análise preliminar das entrevistas semiestruturadas realizadas junto dos participantes, com o objetivo de construir um sistema de codificação, a partir dos dados que emergiram do material empírico recolhido, visando, assim, uma análise futura mais fina das entrevistas realizadas posteriormente no âmbito deste projeto.

Agradecimentos

Tal como se costuma dizer, “tudo o que é bom acaba depressa” — e assim também esta etapa da minha vida como estudante chega agora ao seu fim. O caminho até aqui foi desafiante e intenso; também profundamente transformador e onde fui a minha versão mais feliz. Este percurso foi feito com muitas mãos, corações e pessoas bonitas ao meu lado. É com o coração cheio que deixo estas palavras de gratidão.

À Professora Doutora Filipa Vieira, minha orientadora, deixo o meu mais genuíno agradecimento. Obrigada por ser muito mais do que uma orientadora: por ser presença leve, divertida, sensível e genuinamente encorajadora. Obrigada pela orientação segura, pela disponibilidade generosa e por acreditar em mim em todos os momentos. Tornou este processo mais leve, mais humano e, acima de tudo, possível. A sua forma de estar fez toda a diferença.

À minha família, o meu pilar mais firme. À minha mãe e ao meu pai, o meu eterno obrigado por todo o amor, por todo o incentivo e coragem, por nunca me deixarem esquecer quem sou. Sem o vosso apoio incondicional, nada disto teria sido possível. Agradeço também a toda a minha família, que, incessantemente, me deixou partilhar todas as felicidades e frustrações desta caminhada — o vosso carinho foi sempre abrigo.

Às minhas amigas de sempre — Marta, Mariana, Faustino, Bea, Maria, Bia e Inês — obrigada por serem casa, mesmo nos dias mais difíceis. Cada palavra de apoio, cada gargalhada partilhada, cada abraço: levo-vos comigo em tudo o que sou e ainda quero ser.

À Guida e à Carol, que foram as minhas primeiras cúmplices nesta aventura. Entre conversas intermináveis, trabalhos de última hora e gargalhadas que ecoavam nos corredores, foram porto seguro no meio do desconhecido.

Às minhas companheiras desta vida de Estudante – a minha querida ATITUNA, o meu agradecimento mais sentido. À Sky, ALBA, Calisto, Nery, Nicki, Robin, D.A.M.A, Flow, Wendy e às minhas afilhadas. Nesta Tuna encontrei não só belas melodias, mas uma casa muito feliz. Obrigada por serem refúgio, coragem, força, energia e muita festa durante estes 3 anos.

À Associação de Estudantes desta Faculdade, obrigada por me darem espaço para crescer, desafiar-me e descobrir partes de mim que ainda não conhecia. Fizeram parte do coração da vida académica que tanto me marcou e que guardarei com carinho.

E a todos os que, de alguma forma, cruzaram o meu caminho nesta etapa, mesmo que por instantes — Obrigada.

Chego a este momento movida por uma vontade genuína de aprender e de me tornar psicóloga. No entanto, esta jornada é também — e talvez acima de tudo — o espelho das pessoas que me acompanharam ao longo do caminho. Tudo o que vivi com elas, tudo o que me mostraram, tudo o que me ensinaram, está aqui, entranhado em cada palavra. Esta dissertação é minha, mas é, em muitos sentidos, também vossa.

"Whatever you do in this life, it's not legendary unless your friends are there to see it."

Resumo

A Anorexia Nervosa (AN) é uma Perturbação da Alimentação e da Ingestão (PAI) (APA, 2013), de etiologia multifatorial, que afeta predominantemente o sexo feminino e apresenta elevados índices de cronicidade e mortalidade. Embora a investigação se tenha centrado maioritariamente na experiência das pessoas diagnosticadas e dos seus pais, o impacto da AN nos irmãos permanece pouco explorado. Este estudo, inserido no projeto I-CAN, teve como objetivo compreender as perspetivas das irmãs biológicas de pessoas com AN, procurando identificar os fatores que estas percecionam como estando na origem e na manutenção da doença.

Através de uma abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a três irmãs adultas, cujos testemunhos foram analisados com recurso à análise de conteúdo temática (Bardin, 2011). As duas categorias principais — fatores etiológicos e fatores de manutenção — foram subdivididas, cada uma, em 7 subcategorias de primeiro nível. Essas subcategorias desdobraram-se, respetivamente, em 17 subcategorias de segundo nível para os fatores etiológicos e 19 para os fatores de manutenção. Entre os fatores etiológicos destacam-se a hereditariedade, a insatisfação corporal, o perfecionismo, a pressão social, as dinâmicas familiares e a adolescência como período crítico. Já os fatores de manutenção incluem a resistência ao tratamento, a rigidez cognitiva, o isolamento social, a influência de relações interpessoais disfuncionais e a presença de comorbilidades como ansiedade e depressão.

As irmãs revelaram um conhecimento profundo e sensível sobre o percurso da doença, refletindo não só o impacto emocional e relacional da AN no seio familiar, mas também a sua própria vivência de sofrimento, responsabilidade e impotência. Os resultados sublinham a importância de incluir os irmãos no processo terapêutico e de investigação, reconhecendo-os como interlocutores privilegiados na compreensão da AN. Este estudo preliminar contribui para o desenvolvimento de um sistema de codificação que servirá de base para futuras análises qualitativas no âmbito do projeto I-CAN.

Palavras-Chave: Anorexia Nervosa; Irmãs Biológicas; Fatores Etiológicos; Fatores de Manutenção; Projeto I-CAN

Abstract

Anorexia Nervosa (AN) is an Eating Disorder (ED) (APA, 2013), with a multifactorial etiology, which predominantly affects females and has high rates of chronicity and mortality. Although research has mostly focused on the experience of those diagnosed and their parents, the impact of AN on siblings remains little explored. This study, part of the I-CAN Project, aimed to understand the perspectives of the biological sisters of people with AN, seeking to identify the factors they perceive as being at the origin and maintenance of the disease.

Using a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted with three adult sisters, whose testimonies were analyzed using thematic content analysis (Bardin, 2011). The two main categories - etiological factors and maintenance factors - were each subdivided into 7 first-level subcategories. These subcategories were broken down into 17 second-level subcategories for etiological factors and 19 for maintenance factors. The etiological factors include heredity, body dissatisfaction, perfectionism, social pressure, family dynamics and adolescence as a critical period. Maintenance factors include resistance to treatment, cognitive rigidity, social isolation, the influence of dysfunctional interpersonal relationships and the presence of comorbidities such as anxiety and depression.

The sisters revealed a deep and sensitive knowledge of the course of the disease, reflecting not only the emotional and relational impact of AN on the family, but also their own experience of suffering, responsibility and powerlessness. The results underline the importance of including siblings in the therapeutic and research process, recognizing them as privileged interlocutors in understanding AN. This preliminary study contributes to the development of a coding system that will serve as the basis for future qualitative analyses within the scope of the I-CAN project.

Keywords: Anorexia Nervosa; Biological Sisters; Etiological Factors; Maintenance Factors; I-CAN Project

Índice

1. Introdução 1

2. Método 7

2.1. Apresentação do Projeto de Investigação 7

2.2. Participantes 8

2.3. Instrumento de recolha de dados 8

2.3. Procedimento de recolha de dados 9

2.4. Procedimento de análise de dados 10

3. Resultados e Discussão 11

3.1. Fatores etiológicos da AN 11

Fatores biológicos 12

Transição de vida 14

Autoimagem 15

Comorbilidades 16

Fatores cognitivos 17

Expectativas Sociais 18

Dinâmicas interpessoais 20

3.2. Fatores de manutenção da AN 21

Transições de vida 22

Expectativas sociais 23

Fatores cognitivos 24

Dinâmicas interpessoais 25

Acontecimentos traumáticos 28

Comportamentos compensatórios 28

Resistência ao tratamento 29

4. Conclusão 32

Referências 35

Índice de Figuras

Figura 1 - Fatores etiológicos da AN..... 12
Figura 2 - Fatores de manutenção da AN..... 22

Índice de Abreviaturas

PAI – Perturbação da Alimentação e da Ingestão

AN – Anorexia Nervosa

IC - Imagem Corporal

IP – Inflexibilidade Psicológica

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

QUAN – Quantitativo

QUAL – Qualitativo

1. Introdução

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI; American Psychiatric Association, 2013) são um grupo de doenças que se caracterizam por uma perturbação persistente do comportamento alimentar, que resulta num consumo de alimentos alterado e prejudica significativamente a saúde física e/ou o funcionamento psicossocial das pessoas com este diagnóstico (Maon et al., 2020).

A Anorexia Nervosa (AN) é uma PAI caracterizada por: 1) baixo peso corporal devido à restrição da ingestão calórica, 2) medo intenso de ganhar peso, 3) distorção da imagem corporal e uma atribuição indevida da influência da imagem corporal na autoavaliação (American Psychiatric Association, 2013). O ponto central desta doença é o medo excessivo de aumentar e de ter excesso de peso, mesmo perante um estado marcado de emagrecimento (Torres & Guerra, 2007). É a psicopatologia que envolve taxas de mortalidade mais elevadas (Espie & Eisler, 2015), já que estes indivíduos revelam, não só uma incapacidade transitória a permanente para reconhecer a gravidade e o impacto do seu baixo peso corporal, como também uma dificuldade em agir para corrigir esse mesmo problema (Kaye et al., 2013). Esta perturbação tem uma origem multifatorial, envolvendo fatores contextuais, familiares e sistémicos, bem como influências (neuro)biológicas e genéticas (Blodgett Salafia et al., 2015), traços de personalidade e experiências pessoais e relacionais do self (Amianto et al., 2016).

A AN surge, comumente, durante a adolescência, um período desenvolvimental crítico que envolve experiências desafiantes, como a descoberta e exploração do self, o desenvolvimento da autonomia e alterações corporais e hormonais. Atinge o seu pico entre os 15 e os 19 anos de idade (Espie & Eisler, 2015), mas têm sido relatados inícios em idades cada vez mais precoces. A puberdade marca o início de profundas transformações corporais e sociais, sendo particularmente impactante para as raparigas. A menarca e as consequentes alterações físicas, como o desenvolvimento das características sexuais secundárias visíveis (mamas, ancas) são frequentemente alvo de hipersexualização e comentários externos (Piran, 2015). Como consequência, as raparigas aprendem a ver-se a si próprias "através do olhar do outro", o que aumenta a auto-objectificação (Lindner et al., 2012) e a pressão para corresponder aos ideais corporais promovidos pelos meios de comunicação e redes sociais. Embora o desejo de

aceitação pelos pares e o início das relações amorosas ocorram em ambos os géneros, vários estudos indicam que, nas raparigas, estes fatores estão mais fortemente associados à aparência física como critério de aceitação e autoestima (Tiggemann & Slater, 2013). Neste mesmo sentido, de acordo com Galmiche et al. (2019), estima-se que a prevalência da AN ao longo da vida seja de 1,4% nas mulheres e 0,2% nos homens.

A literatura tem vindo a realçar de forma consistente vários fatores psicossociais como de elevado risco para o desenvolvimento da AN. Entre eles salientam-se a imagem corporal (IC) negativa ou insatisfação corporal, a valorização excessiva da aceitação social por parte dos pares, um baixo apoio parental e/ou familiar e um funcionamento psicológico marcado por elevado perfecionismo e rigidez, (McVey et al., 2002; Machado et al., 2020; Machado et al., 2014).

A atual presença massiva dos media, aliada à pressão exercida pelos pares, fomentam, sobretudo nas idades mais jovens, uma necessidade de atingir padrões pessoais elevados relativamente à IC e de ser capaz de responder às expectativas externas percebidas (Vacca et al., 2020), frequentemente associadas a desejos de integração e aceitação social. A discrepância percecionada entre o corpo idealizado e a aparência real pode ser uma fonte significativa de sofrimento, tanto emocional como físico, levando ao desenvolvimento de crenças, atitudes e comportamentos que podem comprometer a saúde e a qualidade de vida (Bair et al., 2014).

Surgem assim, regularmente, comportamentos alimentares prejudiciais como a compulsão ou a restrição alimentar, associados à perceção de controlo (ou à sua ausência) (Bruch, 1962, 1973 citado por Torres & Guerra, 2007), o exercício físico compulsivo ou a ortorexia. Esta insatisfação corporal – muitas vezes desproporcional à realidade - revela-se um forte preditor do desenvolvimento de PAI (Gualldi-Russo et al., 2007). Diversos estudos sugerem que indivíduos com uma maior tendência para internalizar os ideais de magreza podem estar em maior risco de desenvolver uma baixa autoestima corporal (Frisén & Holmqvist, 2010) e identificaram a insatisfação corporal como um dos fatores-chave para o comportamento alimentar restritivo (como dietas e/ou exclusão de alimentos e eliminação de refeições) e o afeto negativo (Heider et al., 2018).

A concetualização de uma perturbação como a AN não pode ser dissociada da análise do contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido. A IC supramencionada é fortemente influenciada pela cultura e, no caso da cultura ocidental, não parece haver muita diversidade na forma como é representado o ideal do corpo, nomeadamente do feminino (Frisén & Holmqvist, 2010); aliás, o facto de existir uma maior ênfase sociocultural na atratividade física das mulheres, justifica a dimensão elevada da insatisfação corporal predominante neste género. No entanto, a literatura tem vindo a destacar que a assimilação dos padrões varia conforme o género, com a magreza a representar o ideal para as mulheres e o corpo musculoso para os homens. O Modelo de Influência Tripartido (Thompson et al., 1999 citado em Mills et al., 2022), frequentemente considerado o "modelo sociocultural da imagem corporal", enfatiza o papel das normas corporais idealizadas na origem do *distress* associado à IC. Este modelo propõe que os ideais corporais normativos (i.e., o que as outras pessoas pensam ser mais atraente ou desejável) (Bair et al. 2014) são transmitidos às pessoas ao longo da sua vida pela família, pelos meios de comunicação social e pelos pares (Mills et al., 2022). Ora, os ideais de aparência internalizados como padrões pessoais e as comparações sociais da aparência têm sido considerados fatores psicológicos centrais que explicam a insatisfação corporal (Thompson, Heinberg et al., 1999). É importante salientar que os ideais de beleza transcendem o simples desejo de ter um corpo bonito ou atlético. As pessoas revelam exigência e procuram cumprir um padrão em relação à forma do corpo, onde aspetos como a quantidade de gordura corporal e a sua distribuição no corpo são relevantes dentro deste padrão corporal (Santos, 2008 citado em Barra et al., 2019). Os padrões de beleza internalizados e a objetificação estabelecem um cenário onde, sobretudo, as mulheres se tornam ainda mais suscetíveis às mensagens culturais ubíquas sobre a beleza feminina. A indústria da beleza intensifica essa vulnerabilidade ao representar os corpos femininos autênticos como insuficientes e sempre em necessidade de modificação (Calogero et al., 2007). Paralelamente, esta mensagem implícita comunica, de geração em geração, que estar dentro destes padrões levará à aceitação e ao sucesso (Heinberg, 2001).

Contudo, não podemos atribuir a responsabilidade exclusivamente às pressões sociais, que operam num nível mais macro do sistema ao qual pertencemos. Também a nível familiar têm sido identificados fatores significativos associados ao desenvolvimento de PAI. Vários estudos têm vindo a associar atitudes e crenças

parentais sobre alimentação, peso, dietas e forma corporal à insatisfação corporal e comportamentos relacionados com a alimentação dos seus filhos. Comentários depreciativos sobre o corpo/peso, pressão para emagrecer e o incentivo a dietas são algumas das atitudes parentais evidenciadas nestes estudos (Ata et al., 2007; Barakat et al., 2023; Blodgett Salafia et al., 2015; Fulkerson et al., 2002; Kluck, 2008). Estilos parentais marcados por elevados níveis de controlo, crítica constante, hostilidade, envolvimento emocional intrusivo ou pela negação das necessidades emocionais dos filhos mostram também uma maior associação com o surgimento de PAI (Kluck, 2008).

É importante reconhecer também a influência biológica e genética na vulnerabilidade ao desenvolvimento da AN. Diversos estudos genéticos têm demonstrado que as taxas de incidência de PAI são duas vezes mais elevadas em indivíduos com um progenitor com história de PAI, em comparação com aqueles cujos pais não têm esse historial - transmissão intergeracional de PAI (Bould et al., 2015; Branje et al., 2020). No caso específico da AN, esse risco pode ser até 11 vezes maior quando há histórico familiar (Barakat et al., 2023). A identificação de fatores genéticos ajuda a reduzir o estigma e a culpa associada ao diagnóstico, combatendo a ideia de que "está tudo na cabeça" das pessoas. No entanto, é fundamental compreender que os genes apenas conferem uma predisposição, sendo o desenvolvimento da doença resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais (Bulik et al., 2019).

Moldado pela interação entre fatores biológicos, genéticos e ambientais importa ainda salientar o funcionamento cognitivo/psicológico característico nesta doença, e que se constitui como um importante fator de risco e de manutenção da AN.

É bastante comum encontrarmos, em indivíduos com AN, um perfil cognitivo marcado por elevada rigidez mental, pensamento dicotómico (tudo ou nada) e perfecionismo extremo. Estas características estão frequentemente associadas a uma necessidade intensa de controlo, não apenas sobre o corpo e a alimentação, mas também sobre o ambiente e as emoções. A instabilidade emocional, por sua vez, manifesta-se nas oscilações de humor, ansiedade elevada e uma autoimagem profundamente distorcida. Este conjunto de traços cognitivos e emocionais não só contribui para o desenvolvimento da perturbação, como também para a sua manutenção, dificultando a flexibilidade necessária para a mudança e a recuperação.

O perfecionismo, que consiste numa "combinação de padrões pessoais excessivamente elevados e irrealistas e de avaliações demasiado autocríticas" (Livet et al., 2023) tem sido identificado, na literatura, como um fator predisponente para o surgimento de várias PAI, nomeadamente a AN, persistindo mesmo após a recuperação. Indivíduos com traços perfecionistas estabelecem padrões inatingíveis, experimentam medo intenso de crítica e têm uma necessidade patológica de evitar o fracasso. Esta insatisfação crónica com qualquer uma das próprias conquistas pode aumentar a vulnerabilidade a problemas emocionais (Bento et al., 2010) e resultar no recurso a estratégias desadequadas de *coping*. A investigação sugere que estas tendências perfecionistas podem apresentar uma natureza familiar, estando possivelmente associadas a fatores genéticos que contribuem para a etiologia da AN (Bardone-Cone et al., 2007). Assumindo uma perspetiva multidimensional deste construto, Livet e colaboradores (2023) diferenciam esforços/aspirações perfecionistas e preocupações perfecionistas. Os esforços perfecionistas, que incluem o perfecionismo auto-orientado, consideram a procura de objetivos irrealistas, mas parecem estar associadas a características mais positivas (St¨ober & Otto, 2006 citado em Bento et al., 2010), visto que grande parte dos estudos sugeriu que, em adolescentes e crianças, este fator estava relacionado com níveis mais elevados de motivação, realização e bem-estar (Vacca et al., 2020). Já as preocupações perfecionistas, que incluem o perfecionismo socialmente prescrito, relacionam-se ao medo de cometer erros, de ser julgado negativamente pelos outros e estão relacionadas com características mais negativas (St¨ober & Otto, 2006 citado em Bento et al., 2010) e associados à perceção de stress (Vacca et al., 2020). Foram encontrados efeitos moderados entre as preocupações perfecionistas e a compulsão alimentar, a restrição alimentar, o desejo de ser magro, as preocupações alimentares, a insatisfação corporal e as preocupações com o peso e a forma (Livet et al, 2023), constituindo isto atitudes, cognições e comportamentos potencialmente desencadeadores da AN.

O desejo de previsão e de controlo, associados a este perfecionismo, reflete um outro construto que caracteriza a AN e o seu sistema cognitivo e comportamental - a inflexibilidade psicológica (IP). A flexibilidade psicológica é entendida como um padrão de comportamentos, onde a vivência e a experiência humana acontecem sem julgamento, sem evitamento experiencial, sem uma autoavaliação contínua e sem tentativas constantes de controlar ou modificar o decorrer espontâneo dos

acontecimentos (Hayes et al., 2006 citado em Masuda et al., 2010). Por oposição, a IP configura-se como um padrão marcado pela rigidez e pela rejeição da experiência interna. Na IP parece existir uma incapacidade de adaptar comportamentos e/ou pensamentos a situações novas e desafiadoras de forma saudável, criando-se um ciclo de estratégias para restabelecer o controlo que se baseiam na rigidez/inflexibilidade cognitiva. Vários estudos têm fornecido suporte empírico que demonstram a relevância da IP e dos processos associados, nomeadamente, a fusão cognitiva e o evitamento experiencial, como processos de regulação emocional mal adaptativos que estão na origem do desenvolvimento e manutenção das PAI (Duarte, Pinto-Gouveia, et al., 2015; Duarte, et al., 2016) e de grande sofrimento psicológico (Paulus et al., 2016). Por exemplo, uma pessoa com elevados níveis de IP que tenha o pensamento "Tenho de ser magra para ser aceite e me sentir bem" pode apresentar dificuldades em vivenciar o pensamento como um mero acontecimento mental. Como resultado, é provável que a pessoa aja de forma fusionada com esse mesmo pensamento, utilizando regras verbais e de comportamento rígidas (como a ruminação sobre a definição e cumprimento de regras alimentares específicas e subjetivas) e a permanente monitorização de erros (por exemplo, a verificação do corpo ou a pesagem) como forma de diminuir a incerteza e a falta de controlo – fusão cognitiva da imagem corporal. Estes comportamentos e atitudes comprometem a relação da pessoa com o corpo, com a sua identidade e com os outros, ao promoverem um estado de grande sofrimento psicológico e fragilidade física. Um padrão que, embora disfuncional, tende a ser altamente reforçador para indivíduos que procuram certezas e controlo sobre a experiência interna (Masuda et al., 2010; Merwin et al., 2010).

Assim, entendemos que as PAI, em particular a AN, vão muito além da relação com a comida. São psicopatologias complexas, muitas vezes profundamente enraizadas em questões psicológicas e sociais. A AN, em especial, tende a manifestar-se inicialmente como uma experiência solitária, vivida em silêncio e marcada pela ocultação dos sintomas. Porém, uma vez descoberta, a doença projeta-se intensamente em toda a família, provocando uma mudança drástica das dinâmicas e relações familiares, focos de preocupação e uma supervisão ativa de toda a família nuclear que visa garantir que a doente se envolva no tratamento e numa alimentação novamente equilibrada (Maon et al., 2020; Scutt et al., 2022). A intensidade de cuidar de alguém com esta doença tem

sido amplamente investigada, mas a maioria dos estudos centra-se nos pais, havendo ainda pouca atenção dedicada aos irmãos (Scutt et al., 2022).

Alguns estudos indicam que a doença tem, de facto, impacto nos irmãos, especialmente quando são do mesmo sexo, com as irmãs a serem as mais afetadas devido à maior intimidade e predominância feminina da doença (Callio & Gustafsson, 2016; Hutchison et al., 2022). Estas irmãs relatam sentir uma maior preocupação com o corpo, pressão para também serem magras, sensação de ter de reprimir emoções para não sobrecarregar a família, além de mudanças nas dinâmicas familiares e sentimentos de tristeza e frustração. Muitas referem que acabam por assumir um papel de apoio junto dos pais. (Hutchison et al., 2022; Scutt et al., 2022). Apesar das dificuldades, destacam também efeitos positivos, como maior cuidado com a saúde, empatia e fortalecimento dos laços familiares (Callio & Gustafsson, 2016). Todas estas vivências conferem às irmãs um papel de interlocutoras privilegiadas para aprofundar a compreensão sobre a experiência e o impacto da AN.

Dada a complexidade desta doença, explicada pela sua origem multifatorial e refletida na duração e dificuldade do tratamento, torna-se essencial dar continuidade a estudos que pretendam explorar quais os fatores de risco associados ao desenvolvimento e à manutenção da AN, de modo a também serem aprimoradas as respetivas intervenções. Inserido no projeto mais amplo I-CAN, e reconhecendo o papel central da dinâmica familiar no processo terapêutico, o presente estudo teve como objetivo geral explorar a perspetiva das irmãs biológicas de pessoas com diagnóstico de AN sobre os fatores que poderão estar na origem e na manutenção desta doença. Tratando-se de um estudo exploratório, será realizada uma análise preliminar de entrevistas semiestruturadas com as irmãs, com o objetivo final de desenvolver um sistema de codificação que será utilizado, no âmbito deste projeto, como quadro de referência em análises qualitativas futuras.

2. Método

2.1. Apresentação do Projeto de Investigação

O presente estudo insere-se num projeto mais vasto, intitulado "I-CAN" (Phillipou, et al., 2023). Este projeto está a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e no Centro de Psicologia da

Universidade do Porto (FPCEUP), sob a coordenação das Professoras Sandra Torres e Filipa Vieira. Este projeto consiste numa caracterização dos fatores etiológicos e de manutenção da AN e tem desenho metodológico misto, com recolha e análise de dados quantitativos e qualitativos. O projeto de investigação teve o parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do São João (ULSSJ) [ref. 253/2024].

A seleção inicial dos participantes para o projeto I-CAN obedeceu aos seguintes critérios de inclusão, tendo em conta que o estudo incidirá sobre duas amostras: indivíduos com diagnóstico de AN e familiares em primeiro grau de pessoas com AN, nomeadamente irmãs biológicas, de qualquer idade. A avaliação quantitativa e qualitativa é realizada com ambas as amostras, através de um protocolo de questionários de autorrelato e a aplicação de uma entrevista semiestruturada. A presente investigação incide apenas na recolha e análise da entrevista semiestruturada como uma amostra do grupo das irmãs biológicas de indivíduos com AN. O recrutamento de participantes realizou-se em colaboração com o Serviço de Psicologia da ULSSJ, nomeadamente com as psicólogas da Unidade do Adulto e do Idoso, responsáveis pela consulta de Comportamento Alimentar.

2.2.Participantes

A amostra é constituída por 3 indivíduos (Tabela 1), todos do género feminino, com idades compreendidas entre os 32 e os 44 anos (M = 37.33, DP = 6.11). Em média apresentam 16.67 anos de escolaridade (DP = 1.53). Quanto ao estado civil, 2 participantes são casadas e 1 encontra-se numa união de facto.

ID	Idade	Género	Escolaridade (anos)	Estado civil	Duração do diagnóstico da irmã (anos)
P1	36	F	15	Casada	7
P2	44	F	17	Casada	21
P3	2	F	18	União de Facto	7

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

2.3.Instrumento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada, construída para este estudo. O guião foi elaborado com base nos objetivos definidos, iniciando com

perguntas clínicas e dados antropométricos, e seguindo com as questões organizadas nos seguintes tópicos:

- fatores etiológicos/causas da AN, de forma geral e no caso específico da irmã (e.g., Que tipo de fatores acha que possam ter contribuído para que a sua irmã desenvolvesse {AN}?);
- fatores que podem ter ajudado na manutenção da AN da irmã (e.g., Que tipo de fatores acha que podem ajudar a manter, ou podem ter ajudado a manter no passado, a {AN} no caso da sua irmã?);
- explorar diferenças entre os fatores inicias e os atuais (e.g., Estes fatores alteraram-se ao longo do tempo?);
- explorar acontecimentos ou experiências específicas desencadeadores de pensamentos ou comportamentos relacionados com a AN (e.g., Da última vez que a sua irmã experienciou um aumento destes pensamentos ou comportamentos, consegue lembrar-se de algo que estivesse a acontecer na vida dela nessa altura?).

2.3. Procedimento de recolha de dados

Tendo em conta que este estudo pretende criar um sistema de codificação para utilização futura neste projeto, este grupo de entrevistas constitui as denominadas entrevistas piloto. Procurou-se, então, compreender a adequação das questões, em termos concetuais, em termos de estímulo para captação da informação pretendida, bem como estimar a duração aproximada da mesma.

A equipa de profissionais responsável pelo acompanhamento das pessoas com AN na ULSSJ coordenou o processo de recrutamento das irmãs biológicas, explicando-lhes o objetivo do estudo e verificando a sua disponibilidade para participar. Posteriormente, foi enviado um e-mail pela equipa de investigação com informações mais detalhadas e sugestões de datas para agendamento da entrevista. As entrevistas foram efetuadas individualmente e via-online, com recurso à plataforma Zoom.

Num primeiro momento, a prioridade foi proporcionar um ambiente de confiança às participantes, tendo sido relembradas algumas informações principais previstas no consentimento informado, nomeadamente questões relativas à confidencialidade dos

dados e solicitação da permissão para a gravação das respostas, garantindo-se o anonimato das mesmas. Em seguida, por questões de sensibilidade do tema, foi questionado qual o termo em referência à AN da sua irmã seria o de preferência a usar ao longo da entrevista. Realizou-se a entrevista propriamente dita, sendo sempre assegurada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas que eventualmente pudessem surgir. Por fim, para além do agradecimento pela disponibilidade e colaboração, foi aberto um espaço de reflexão, no qual os participantes puderam, de forma espontânea, fazer comentários, partilhar outras experiências e vivências e colocar questões sobre os temas abordados.

2.4.Procedimento de análise de dados

A técnica de análise de informação utilizada neste estudo foi a análise de conteúdo temática (Bardin, 2011), sem recurso a um software de análise e tratamento de dados qualitativos. O corpus de análise é composto pelas transcrições das 3 entrevistas realizadas, que apesar de representar uma amostra reduzida por ser uma análise exploratória, se traduzem numa vasta quantidade de dados.

No âmbito deste estudo, a unidade de registo, que constitui a unidade de significação a codificar, foi o tema, tendo sido consideradas na análise todas as afirmações dos participantes referentes a determinado assunto (Bardin, 2011). Por sua vez, a unidade de contexto, isto é, a unidade de compreensão utilizada para a codificação das unidades de registo (Bardin, 2011), correspondeu às entrevistas.

Realizando a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011), a fase inicial focou-se na leitura flutuante, que se traduz num primeiro contacto com os dados recolhidos. Após a conclusão desta etapa, procedeu-se à identificação e categorização das principais ideias presentes nas transcrições das entrevistas, com a finalidade de obter unidades significativas "por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos" (Bardin, 2011, p. 119). Por fim, emergiu um sistema de codificação formado por categorias indutivas, resultantes da leitura e interpretação do material empírico recolhido (sem pré-conceitos) (Bardin, 2011), que se dividiram em diversas subcategorias. O mesmo foi sujeito a várias reformulações, até se obter uma versão definitiva.

É de sublinhar que, ao longo deste estudo, procurou garantir-se a qualidade e o rigor, nomeadamente através dos seguintes procedimentos: transcrição cuidada e detalhada das entrevistas, de forma fiel ao discurso dos participantes e atribuição de uma definição operacional para cada categoria formada, o que contribui para a confiança do processo de produção e análise dos dados. A codificação das transcrições das entrevistas foi realizada sob a supervisão da orientadora desta dissertação e as dúvidas que surgiram foram decididas por mútuo acordo.

Apresenta-se, de seguida, a análise temática dos dados e a sua discussão integrativa.

3. Resultados e Discussão

A análise temática das entrevistas realizadas com irmãs de pessoas com diagnóstico AN revelou um conjunto interligado de fatores que, na perspetiva das participantes, se articulam entre si na origem e na manutenção desta perturbação. A análise dos dados levou à identificação um vasto número de subcategorias dentro das 2 categorias centrais - fatores etiológicos e fatores de manutenção. Os dados serão discutidos tendo por base os objetivos principais do estudo, acompanhados de extratos ilustrativos retirados das entrevistas realizadas. A apresentação e a discussão dos mesmos serão feitas de forma integrada.

3.1. Fatores etiológicos da AN

Este primeiro sistema de codificação resume-se em 7 subcategorias de 1º nível e 17 de 2º nível (Figura 1) que serão apresentadas e discutidas de seguida, através de uma leitura integrada e aprofundada.

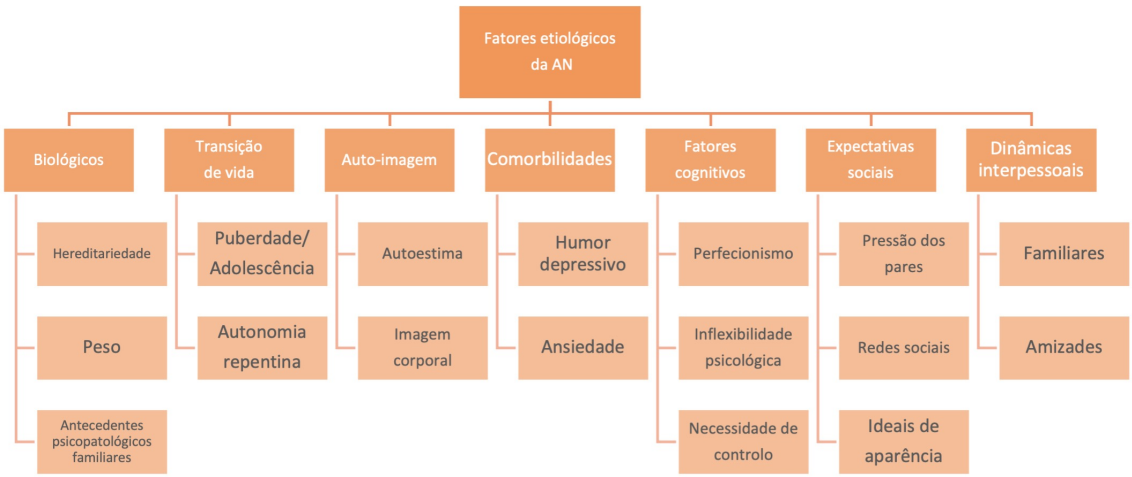

Figura 1 - Fatores etiológicos da AN

Fatores biológicos

No discurso das participantes, emerge uma perceção de que a AN não é uma perturbação isolada, mas sim o culminar de múltiplas vulnerabilidades, entre as quais os fatores biológicos, que foram mencionados por duas das participantes.

A AN é uma PAI hereditária (50-60%), tal como corroborado pela literatura (Bang et al., 2023). O risco relativo de desenvolver AN é aproximadamente quatro vezes superior em familiares, sendo que, no caso de parentes do sexo feminino, a probabilidade pode ser até onze vezes maior do que em indivíduos sem historial familiar de AN (Bulik et al., 2015). Mesmo sem diagnóstico formal, duas das participantes identificaram problemas na sua relação com a comida e/ou com a sua IC, características proeminentes do quadro de AN, sugerindo uma forte contribuição genética, mas não negando o possível impacto dos fatores ambientais (Scutt et al., 2022).

Neste sentido, P1 refere:

> *"Para o caso que eu conheço, da minha irmã, tem a ver com uma parte também hereditária. Imaginemos, nós temos uma avó do lado paterno, se ela engordasse um bocadinho [...] e se estava alguém na rua a lhe dizer "está melhorzinha" [...] ela começava logo a chupar vinagre, deixava de*

comer, porque ela gostava que as pessoas olhassem para ela e dissessem que estava magrinha."

"Eu tenho um problema sério com o peso, da mesma forma que ela; a diferença entre nós as duas é que eu sou incapaz de não me alimentar para esse efeito."

A hereditariedade foi mencionada, não apenas no que diz respeito à AN propriamente dita, mas também relativamente à presença de outras psicopatologias na família, como depressão e ansiedade.

Isso [os medos] foi o que foi transmitido pelos meus pais. Algo genético, talvez. Os meus pais são nervosos..." (P2)

"... porque a minha tia e o meu pai são muito depressivos. E ela também é, acho eu..." (P2)

A presença de antecedentes psicopatológicos familiares constitui um dos indicadores mais consistentes de risco para o desenvolvimento de diferentes perturbações mentais (van Dijk et al., 2021), incluindo ansiedade, depressão e PAI. Estudos longitudinais têm evidenciado que a presença de psicopatologia nos progenitores, em particular perturbações de ansiedade e do humor, está significativamente associada a um aumento do risco de desenvolvimento de perturbações mentais nos seus descendentes (Narmandakh et al., 2021). Estes dados reforçam a importância da história familiar como marcador de risco, não apenas pela componente genética, mas também pelo ambiente emocional e relacional em que o indivíduo se desenvolve. Esta herança emocional parece ter moldado, desde a infância, um ambiente psicológico propício à interiorização de medos, exigências e rigidez. As participantes descrevem uma infância marcada por padrões de controlo e comparação, evidenciando a transmissão intergeracional de crenças e atitudes face ao corpo e à alimentação. O género parece também desempenhar um papel de risco, tal como Hyland et al. (2016) mostra no seu estudo: o facto de ser do sexo feminino e ter uma história parental de perturbação do humor ou de ansiedade são os preditores mais fortes de ambas as perturbações. A questão do peso foi também salientada pelas participantes, como algo presente na vida das irmãs desde muito novas.

> *"A minha irmã, quando era muito pequena, isto é, com, sei lá, 10, 11 anos, era muito forte, [...]a minha irmã sempre foi, eu não..."* (P1)

> *"Ela começou a meter na cabeça [comportamentos e pensamentos associados à AN] quando era gordinha..."* (P1)

Adolescentes com excesso de peso (ou obesidade) apresentam uma maior probabilidade de desenvolver preocupações relacionadas com o peso e a IC do que os seus pares com peso normativo. Esta preocupação acrescida torna-os mais vulneráveis à adoção de estratégias extremas de controlo de peso e a comportamentos alimentares desadequados, (Kennedy et al., 2017), que visam corresponder a padrões de beleza e corporais, muitas das vezes, inatingíveis.

Transição de vida

As transições de vida — como a entrada na adolescência, mudanças escolares, separações familiares ou outras alterações significativas no contexto pessoal e social — foram referidas por todas as participantes como pontos críticos e que representam momentos de vulnerabilidade psicológica acrescida. Estas fases de mudança exigem uma readaptação emocional e comportamental que, em alguns casos, pode desencadear sentimentos de perda de controlo, insegurança e instabilidade identitária.

A puberdade foi descrita como um momento de viragem, não apenas pelas alterações físicas, mas sobretudo pela intensificação das comparações com os outros — tanto no seio familiar como entre pares. A puberdade e a adolescência constituem fases de particular vulnerabilidade para o desenvolvimento da AN, uma vez que coincidem com momentos cruciais da construção da identidade pessoal e da definição da autoimagem. Durante este período, a aparência física adquire um valor simbólico acrescido, funcionando como um meio de afirmação social e de pertença ao grupo de pares. De acordo com Kurz et al. (2021), cerca de metade dos adolescentes inquiridos reportaram níveis moderados ou clinicamente significativos de insatisfação corporal, sendo esta uma das principais fontes de preocupação entre os jovens. Esta insatisfação, frequentemente alimentada por normas sociais idealizadas e expectativas irreais, pode desencadear comportamentos de controlo alimentar, bem como distorções cognitivas associadas à IC. Assim, a adolescência emerge como um período crítico, em que a

conjugação entre vulnerabilidades emocionais, pressão social e instabilidade identitária aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de PAI.

> *"Ela começou a meter na cabeça quando era gordinha, portanto idade da adolescência"* (P1)

Outras transições de vida, nomeadamente envolvendo questões de autonomia face à família foram também salientadas. Tal como refere P1:

> *Durante muito tempo ela foi forçada a comer, a cumprir, porque estava em casa tinha-me a mim e tinha a responsabilidade da irmã mais nova, não é? [...]. Mas a partir do momento em que ela acaba a licenciatura dela e entra no mercado de trabalho, ela vai para fora e começa a estar mais distanciada da família. Portanto, vinha ao fim de semana se queria comer comia, se não queria comer não comia, então não comia. A quebra de peso significativo começa quando ela se torna autónoma de estar com os pais…"*

A autonomia pode constituir um momento de vulnerabilidade e sobrecarga emocional onde a ausência de supervisão e estrutura pode facilitar comportamentos prejudiciais para a saúde, especialmente em indivíduos com traços de personalidade mais rígidos ou com dificuldades na regulação emocional. A perda de controlo externo (por exemplo, regras familiares) pode ser compensada por um controlo interno exacerbado sobre o corpo e a alimentação. A transição para a vida adulta, que inclui mudanças biológicas, psicossociais e ambientais, tais como sair de casa, começar a universidade ou o emprego, e tornar-se mais independente da família, podem exacerbar os sintomas das PAI ou desencadear recaídas (Ragnhildstveit et al., 2024).

Autoimagem

A baixa autoestima e a insatisfação com a IC são dois conceitos que estabelecem entre si uma relação muito forte e bidirecional. A não valorização do próprio corpo está fortemente associada a níveis mais baixos de autoestima, à adoção de comportamentos alimentares disfuncionais, a uma restrição alimentar severa e estratégias compensatórias, desempenhando um papel central no início, persistência e recaída da AN (Dakanalis et al., 2016; Souza & Alvarenga, 2016).

> *"Falta de autoestima, eu acho que é o primeiro [fator], porque qualquer pessoa, na minha opinião, com a mínima autoestima consegue-se aperceber quando está num quadro anorético, [...] não pode dizer "eu estou gorda" olhando-se ao espelho, completamente esquelética, e achar que está gorda, quando tem autoestima."* (P1)

> *"a comparação, por exemplo comigo, porque ela está sempre a dizer "gostava de ser como tu" ..."* (P3)

> *"o facto de, por exemplo, ela ia à praia e não tirava a parte de cima porque não se sentia confortável..."* (P1)

Para além da componente da IC estar altamente distorcida, no que concerne o tamanho e forma do corpo, a literatura destaca a existência de uma componente afetiva igualmente relevante. Esta refere-se à avaliação emocional negativa do próprio corpo, caracterizada por sentimentos de insatisfação, vergonha e aversão intensa. Esta dimensão afetiva não só agrava a perceção distorcida da IC, como também contribui para a rigidez cognitiva e emocional que caracteriza a AN. A interação entre estas duas componentes — a distorção cognitiva da IC e a rejeição emocional do corpo — reforça a dificuldade em aceitar a própria IC, perpetuando o ciclo de insatisfação e os comportamentos alimentares disfuncionais Dakanalis et al. (2016). Tal como P1 refere:

> *"Ela quanto mais emagrecia, mais insatisfeita ficava"*

De forma complementar, a meta-análise de Kurz et al. (2021) reforça que a insatisfação corporal constitui um fator de risco psicológico relevante para a baixa autoestima e comportamentos prejudiciais para a saúde, sendo a adolescência o período de maior vulnerabilidade a estes estímulos, tal como supramencionado.

Comorbilidades

A AN apresenta elevada comorbilidade com quadros clínicos de ansiedade e/ou depressão, influenciando o seu prognóstico. Apesar da sintomatologia ansiosa e depressiva poder ser um subproduto da própria AN, a literatura evidencia, de forma clara, que a comorbilidade pode exacerbar a gravidade dos sintomas relacionados com a alimentação, a sua cronicidade e a resistência ao tratamento, conduzindo também a

recaídas frequentes após o tratamento e a uma maior instabilidade da própria PAI (Andersson et al., 2023; Kaye et al., 2013; Longo et al., 2022; Riquin et al., 2021).

A este propósito, 2 participantes descrevem nas irmãs a presença de alguns destes sintomas:

> *"Era uma pessoa completamente diferente dos outros bebés. Tinha muito medo. Muitos medos, muitos medos."* (P2)

> "*E ela também é [depressiva], acho eu... São pessoas que não são pessoas positivas."* (P2)

> *"Eu notei que ela foi começando a desenvolver um pensamento cada vez mais negativo. Coisas muito depressivas, muito negativas."* (P3)

Os dados provenientes de estudos retrospetivos (Lloyd et al., 2019) indicam, de forma consistente, que indivíduos diagnosticados com AN tendem a relatar níveis elevados de ansiedade durante a infância. Esta evidência sugere que a presença de ansiedade, poderá constituir um fator de risco relevante para o desenvolvimento subsequente da doença. De igual forma, a perturbação depressiva major é altamente prevalente em doentes com AN, constituindo o preditor negativo mais forte de recuperação de peso durante o tratamento da AN, bem como exacerbando o risco de suicídio, a recusa alimentar e a gravidade do quadro clínico de AN (Andersson et al., 2023).

Fatores cognitivos

Tal como referido na literatura, as narrativas das participantes apontam para a existência de um funcionamento psicológico na AN marcado pela rigidez cognitiva, pelo perfecionismo e por uma necessidade extrema de controlo. A comida, o peso e o corpo tornam-se territórios onde esse controlo é exercido com precisão quase obsessiva, funcionando como uma âncora em contextos de instabilidade emocional ou mudanças significativas na vida — como a entrada na universidade, a autonomia financeira ou a

parentalidade. Nessas transições, em que a previsibilidade se dissolve, o controlo sobre o corpo parece emergir como uma tentativa de manter a coesão interna.

> *"Ela não consegue entender que pode pesar 60kgs e estar magra e ter massa muscular, o peso nem sempre quer dizer que a pessoa está gorda porque tem que haver uma avaliação além de uma balança, mas ela não entende."* (P1)

> *"Ela tinha essa tendência psicótica de não vou comer porque engorda ou vou saltar uma refeição"* (P1)

> *"E depois parecia que a comida era a única coisa que ela conseguia controlar. A opinião dos outros ela não conseguia controlar."* (P3)

De acordo com Hyde-Smith et al. (2024), indivíduos com AN tendem a apresentar níveis elevados de perfecionismo, frequentemente orientado para padrões inatingíveis de desempenho e autocriticismo severo, o que contribui para a manutenção de comportamentos restritivos. Esta rigidez é acompanhada por uma marcada inflexibilidade cognitiva — padrões rígidos, quase imutáveis, de pensamento e comportamento - que compromete a capacidade de lidar com a ambiguidade e com as exigências emocionais do quotidiano. A necessidade de controlo, por sua vez, manifesta-se tanto na alimentação como em outras áreas da vida, funcionando como uma estratégia compensatória para lidar com sentimentos de incerteza, vulnerabilidade e com a sensação de impotência perante as exigências externas.

Expectativas Sociais

A origem da AN encontra-se frequentemente enraizada nas expectativas sociais e na pressão exercida pela sociedade e cultura envolventes, que promovem a internalização de padrões corporais idealizados, muitas vezes, de elevada exigência. Esta internalização contribui para a construção de uma identidade fortemente dependente da aparência física, levando à perceção de que a aceitação social e o reconhecimento pessoal dependem da correspondência a esses padrões (Dakanalis et al., 2016). Na perspetiva das participantes, a pressão que as irmãs sofreram para corresponder a um

ideal de magreza foi particularmente intensa, sendo amplificada pelas redes sociais e pelos discursos veiculados na escola e na sociedade.

> *"Eu acho que aquelas opiniões mais negativas, que são dadas de propósito para deitar outra pessoa abaixo, acho que pode influenciar bastante."* (P3)

> *"Fatores sociais, nomeadamente, os colegas, os colegas na faculdade, a pressão social, as comparações [...] entre os próprios colegas, aqueles comentários e assim."* (P3)

Sala et al. (2018) propõe que as críticas, a rejeição e os comentários negativos funcionam como um tipo de punição social que pode ser internalizada como um reforço negativo, levando a um mecanismo de evitamento: a pessoa restringe a sua alimentação ou tenta controlar o corpo como forma de evitar essas experiências desagradáveis. Ou seja, os comentários negativos intencionais e a comparações entre pares serve como alavanca para incidir em comportamentos alimentares desadequados ou numa atribuição excessiva de importância à IC. As tecnologias digitais, como as redes sociais, aumentaram exponencialmente as oportunidades de comparação social. Esta comparação ascendente (com pessoas consideradas "melhores", já que, muitas das vezes, as imagens são idealizadas e irrealistas), está associada a sentimentos de inadequação, inveja e baixa autoestima, confirmando o impacto negativo da exposição a conteúdos com representações corporais idealizadas (Arigo et al., 2024; Taylor & Armes, 2024). Estes sentimentos são, frequentemente, gatilhos para a adoção de atitudes e comportamentos associados à AN.

> "*por volta dos 17, 18 anos, nessa altura em que as meninas querem ser magrinhas e querem ser bonitas e têm um padrão de beleza, pronto, nós nessa altura fazíamos dietas..."* (P2)

A exposição crónica, e desde cedo, a mensagens culturais e sociais acerca dos padrões de beleza rígidos reforça as associações entre magreza, beleza e recompensas sociais (Calogero et al., 2007). Está, por conseguinte, associada à IC negativa, a dietas precoces e ao afeto negativo (Thompson & Stice, 2001). Dado o elevado valor atribuído à obtenção do atual ideal de corpo, a perceção de que não se está à altura desses padrões

é suscetível de aumentar a autoavaliação negativa e de aumentar o risco para a AN (Paxton et al., 2006).

Dinâmicas interpessoais

Ao nível das relações interpessoais, foi evidente no discurso das participantes a influência de dinâmicas familiares e de amizades no desenvolvimento da AN das irmãs. Comentários sobre o peso, expectativas familiares não verbalizadas e dificuldades de comunicação emocional são descritas como fontes de sofrimento contínuo. A ausência de reconhecimento da gravidade da doença, por parte de alguns membros da família, assim como o uso de estratégias coercivas para forçar a alimentação, foram igualmente identificadas como elementos que, paradoxalmente, poderão ter contribuído para a vulnerabilidade à doença.

> *"ela com 10 anos, eu recordo-me do meu pai dizer, ela come, eu gosto que ela vá comigo porque ela come um prato, uma dose sozinha..."* (P1)

> *"Depois os meus pais também não são pessoas fáceis [...] porque é do género - vai comer e tu tens de comer e porque tens de comer - os meus pais não conseguem acompanhar e são eles que estão com ela diariamente..."* (P1)

> *"um dos fatores que ela me revelou foi o facto de ela não gostar do curso onde estava, e como os meus pais estavam a financiar esse curso, portanto, numa faculdade privada, ela teve receio de informar os meus pais que não gostava e que queria mudar de curso. E depois rolou uma luta, uma luta dela com isso."* (P2)

Os problemas interpessoais têm sido identificados como importantes no início, manutenção e remissão dos sintomas das PAI. As dificuldades no funcionamento social e problemas na formação de relações saudáveis e significativas com os outros estão frequentemente associadas a avaliações negativas ou distorcidas do Eu e a comportamentos de não assertividade ou evitamento social (Jones et al., 2015). Lukas et al. (2022) observaram que os adolescentes com AN referem uma menor qualidade das relações do que os adolescentes saudáveis nas relações com os pais e com os seus pares.

É, por esta mesma razão, importante incluir as dinâmicas interpessoais quando estudamos a etiologia da AN, visto que o ser humano vive de relações socias.

As relações familiares desempenham um papel central na construção da identidade, na regulação emocional e na perceção de valor pessoal, sendo frequentemente apontadas como fatores relevantes na etiologia da AN – atualmente, as terapias familiares são a primeira linha de tratamento da AN, especialmente na fase da adolescência (Cripps, Serpell, et al., 2024). Nesta subcategoria emergem narrativas que evidenciam determinadas dinâmicas familiares marcadas por expectativas implícitas, dificuldades de comunicação emocional e padrões de validação externa, que podem contribuir para o sofrimento psicológico e para a adoção de atitudes e comportamentos alimentares que não são saudáveis e que precederam o desenvolvimento da AN nestas jovens. Estas dinâmicas familiares não se apresentam como causa direta da AN, mas podem amplificar a vulnerabilidade individual para a doença.

> *"Foi as pessoas que ela considerava que eram amigas dela a começarem a deitar abaixo. E a partir daí foi uma bola de neve."* (P3)

As amizades dão continuidade àquilo que as relações familiares iniciam, tendo também um papel fulcral na construção da identidade, autoestima e sentido de pertença, principalmente na fase da adolescência. Desta forma, podem funcionar com um fator protetor ou de risco para a AN. Neste caso, os comentários e críticas contínuos por parte das amigas funcionaram como uma "falta de segurança social", já que a amizade era marcada por ausência de um ambiente onde a jovem pudesse ser aceite, valorizada e protegida (Langdon-Daly et al., 2024), tendo despoletado a AN e os comportamentos associados a esta.

3.2. Fatores de manutenção da AN

O segundo sistema de codificação divide-se em 7 subcategorias de 1º nível e 19 de 2º nível (Figura 2) que serão igualmente apresentadas e discutidas, através de uma leitura integrada e aprofundada.

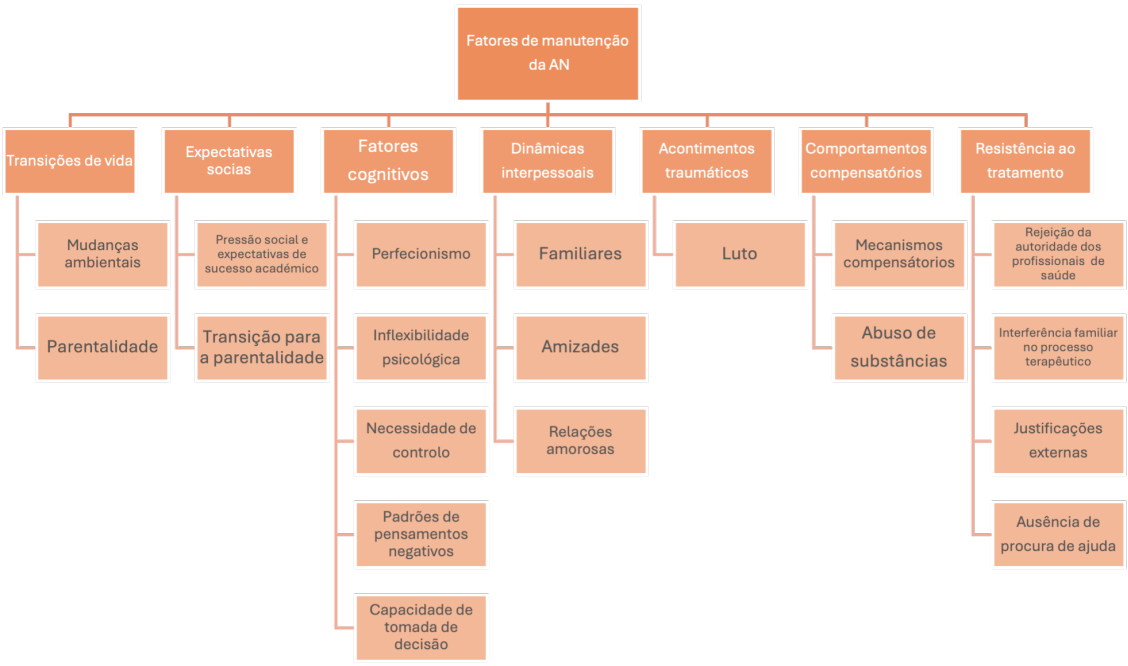

Figura 2 - Fatores de manutenção da AN

Alguns fatores identificados pelas participantes como possíveis causas da doença das irmãs, foram também realçados como aspetos que persistiram ao longo do tempo, contribuindo assim para manutenção da doença. As transições e os acontecimentos de vida, as experiências relacionais, aliados ao perfecionismo e à baixa autoestima, reforçam padrões rígidos de controlo, dificultando o tratamento e comprometendo o processo de recuperação.

Transições de vida

Tal como foi supramencionado, as transições de vida implicam um acréscimo de *stress*, devido à capacidade de adaptação exigida para retomar o equilíbrio social e pessoal.

A sensação de isolamento prolongado, a perda de pertença e a ausência das redes de apoio que advêm de uma mudança ambiental, como mudar de cidade ou país, podem agravar os sintomas pré-existentes de AN e dificultar o processo de recuperação (Cripps, Pugh, et al., 2024), por desestabilizarem estruturas de segurança emocional e rotinas previamente estabelecidas.

"Ela estava deslocada em Lisboa. Nós somos do Porto e o marido foi trabalhar para Lisboa. [...] Nós, família, incentivámo-la a ir ter com o marido. Eu acho que ela foi contrariada e, portanto, ficou isolada em Lisboa à volta de 14 anos." (P2)

A parentalidade e a gravidez representam transições de vida profundamente intensas, marcadas por experiências íntimas e pessoais. São momentos de transformação que tocam não apenas o corpo, mas também a identidade, os vínculos e a perceção de si e do outro. A gravidez é frequentemente percecionada como um momento de transformação emocional e de motivação para mudanças positivas na saúde mental e física. No entanto, as gravidezes em mulheres com AN são consideradas de alto risco, não apenas pelos efeitos da malnutrição materna como o aumento do risco de complicações no momento do nascimento (Pan et al., 2022). Para além disso, durante a gravidez, o corpo da mulher é objeto de escrutínio social – é alvo de atenção pública, acompanhado de comentários indesejados e até toques não solicitados por parte de pessoas estranhas (Maine et al., 2015). A perda de controlo percebido sob o próprio corpo e o medo do julgamento social associados, pode desencadear ou reativar comportamentos restritivos e/ou purgativos, agravando e mantendo a AN.

"quando ela engravidou, achei que a coisa fosse melhorar [...], mas ela acabou por confessar que [os comportamentos compensatórios/indução de vómito] começou na altura da gravidez..." (P1)

Expectativas sociais

O modelo biopsicossocial da AN reconhece o contexto académico competitivo como um fator que pode intensificar a necessidade de controlo e desempenho, funcionando como um terreno fértil para o desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais. A investigação de Seong et al. (2021) demonstrou que o perfecionismo está associado a um aumento do esgotamento académico e da exaustão emocional ao longo do tempo. Este tipo de stress académico, quando combinado com vulnerabilidades psicológicas, como baixa autoestima, elevada sensibilidade à crítica, expectativas elevadas de sucesso académico e com a comparação com os pares, pode contribuir para o surgimento de estratégias de controlo rígidas, observadas em quadros de AN. Assim, o ambiente académico não só atua como um fator de stress externo, mas

também como um catalisador para a expressão de padrões cognitivos disfuncionais já presentes anteriormente, tendo sido este um dos grandes fatores apontados pela P3.

> *"Era a pressão. Ela queria entrar em medicina, portanto havia sempre aquela pressão, aquela comparação com o grupo de amigas."*

Fatores cognitivos

Os fatores cognitivos que estão na origem da AN tendem a manter-se ao longo do tempo, contribuindo significativamente para a persistência e manutenção da doença.

Os testemunhos recolhidos evidenciam que o perfecionismo, aliado a uma necessidade de controlo intensa, contribui para a persistência da IP, funcionando como um núcleo cognitivo rígido que resiste à mudança. Esta combinação de traços cognitivos promove uma compreensão inflexível e distorcida do peso e da alimentação, por exemplo, frequentemente expressa através de um pensamento dicotómico — tudo ou nada, sucesso ou fracasso, controlo absoluto ou descontrolo total. Tal rigidez cognitiva não só sustenta atitudes extremas em relação ao corpo e à comida, como também legitima comportamentos disfuncionais, dificultando o processo de recuperação e reforçando a centralidade da AN na construção do self (Shafran et al., 2002; Tchanturia et al., 2012).

A descrição de P1 acerca da irmã com AN corrobora este perfil de rigidez como um fator altamente estruturante que perpetua a doença, assim como a função central que a AN assume na vida destas mulheres:

> *"Ela diz-me: se calhar fiz asneiras, e eu fiz asneiras porque eu engordei. Engordaste o quê? 10 gramas".*

> *"ela é incapaz de ir à casa de banho e fazer um xixi sem se pesar..."*

> *"E ela acaba por continuar na rotina dela, que é: ok, comi um doce hoje, já não vou comer mais nada o dia todo, porque já comi um doce."*

> *"Rapidamente começa a subir o peso, porque começa a ganhar um bocadinho de massa muscular e deixa o ginásio [...] ela [a irmã] diz "não é normal não,*

(se) eu estou a fazer exercício físico, devo estar a comer mais, (porque) estou a engordar."

No seguimento dos padrões cognitivos que caracterizam as PAI, especialmente a AN, temos o pensamento negativo persistente. A literatura tem vindo a confirmar que pensamentos autodepreciativos, sentimentos de desesperança e uma visão negativa de si e do futuro são comuns em indivíduos com esta perturbação, funcionando como um ciclo de retroalimentação que reforça os comportamentos restritivos. Segundo Fairburn et al. (2003), este padrão de pensamento negativo está frequentemente associado a sintomatologia depressiva, promovendo a rigidez cognitiva e dificultando a interrupção dos comportamentos disfuncionais, sendo considerados elementos centrais na perpetuação da AN.

"Eu notei que ela foi começando a desenvolver um pensamento cada vez mais negativo. Coisas muito depressivas, muito negativas." (P3)

O comprometimento de algumas funções executivas, tal como capacidade de tomada de decisão, encontra-se bastante marcado nos indivíduos com AN (Cavedini et al., 2004; Tchanturia et al., 2011) – existe um conflito interno constante entre o desejo de recuperação e os impulsos patológicos associados à doença. Esta ambivalência contribui para a persistência de comportamentos alimentares disfuncionais, visto que há uma clara dificuldade para pesar riscos e benefícios de forma adaptativa.

"A minha irmã é muito forte. Não parece, mas mentalmente é forte. É depressiva, mas é mais forte até mais que eu... Porque ela diz-me que tem uma espécie de um anjo e um diabo. E eu gostava de perguntar porque é que o cérebro dela não consegue combater esse diabo. Porque é que não vence sempre o anjo. É isso que eu lhe pergunto, é tão forte, porque é que dá os ouvidos à outra parte, não é? E ela responde-me que não consegue. É mais forte. É mais forte que o outro." (P2)

Dinâmicas interpessoais

As relações interpessoais influenciam o bem-estar emocional, a autoestima e o comportamento adaptativo das pessoas. Os problemas a nível das relações interpessoais

têm sido amplamente destacados como um fator para a origem e a manutenção das PAI, tal como é reforçado na revisão de literatura de Arcelus et al. (2013).

Embora as amizades, grande parte das vezes, funcionem como fontes de apoio emocional, também podem reforçar padrões disfuncionais, especialmente quando são marcadas por comparação, críticas e pressão constantes (Elliot et al., 2017), podendo contribuir para sentimentos de inadequação e estratégias de controlo, como a restrição alimentar.

> *"O que é facto é que ela nunca se desligou dessas mesmas amigas. Só agora, quando ela foi internada, é que nós a convencemos mesmo a cortar essas relações. De resto ela manteve (as amizades) este tempo."* (P3)

A tendência para evitar o convívio social, como ilustrado no discurso da P2, pode ser uma forma de indivíduos com AN puderem permanecer em ambientes controlados. Este isolamento pode refletir dificuldades na regulação emocional, medo de julgamento e rejeição e necessidade de controlo característicos da doença, podendo ser entendida como uma estratégia de defesa emocional, para lidar com as experiências internas dolorosas (Oldershaw et al., 2019). O isolamento social acaba por perpetuar a perturbação, dificultando a sua recuperação, visto que retira a capacidade de a rede social atuar como fonte de apoio e ajuda.

> *"A minha irmã gosta muito de viver no canto dela e gosta muito de estar por casa [...] Não convive com ninguém, nem gosta de conviver."* (P2)

No que concerne às dinâmicas familiares, a P1 perceciona uma falta de sensibilidade dos próprios pais em relação à AN e ao processo de recuperação gradual e complexo, denominando mesmo este fenómeno como um "antiprocesso". Lock et al. (2001) reforçam que os pais devem ser ativos no processo terapêutico, já que este envolvimento se torna crucial para a recuperação da doente. Quando os pais demonstram baixa responsividade emocional, evitamento ou negação da gravidade da situação, isso pode reforçar o isolamento da filha com AN e a rigidez dos comportamentos alimentares. A ausência de um ambiente familiar empático e estruturado pode, assim, funcionar como um fator de manutenção da perturbação, dificultando a adesão ao tratamento e o restabelecimento do equilíbrio emocional.

"Tudo é um processo e temos de ter calma no processo. E eu acho que aí também falha depois em casa, porque os meus pais não têm essa sensibilidade ou não querem ter…." (P1)

Já tive esta conversa várias vezes em que eu já expliquei que eu acho que eles têm de ter alguma calma no processo, não forçar. [...] Depois ela até pode ir a uma consulta e efetivamente o médico sensibilizá-la, mas a seguir, em casa, já leva com todo um antiprocesso..." (P1)

As relações amorosas têm como um dos propósitos serem protetoras e relações marcadas por segurança e apoio incondicional. Porém podem desempenhar um papel significativo na manutenção da AN, sobretudo quando são marcadas por dinâmicas disfuncionais. Os testemunhos revelam a perceção de que o parceiro atual da doente não oferece o suporte necessário para uma recuperação de sucesso. Esta preocupação da participante é reforçada pelo segundo excerto que evidencia uma dinâmica relacional potencialmente abusiva e manipuladora. Segundo Azmy (2019), casais em que um dos parceiros sofre de uma PAI enfrentam frequentemente problemas de intimidade, controlo e comunicação, que agravam o quadro clínico. A presença de comportamentos manipuladores, como o isolamento emocional ou comentários que minam a autoestima da doente, pode intensificar sentimentos de dependência, medo de rejeição e internalização de mensagens negativas sobre o seu próprio valor— fatores que contribuem diretamente para a manutenção da AN.

"a pessoa com quem ela está, na minha opinião, o parceiro, o namorado, não é a pessoa mais indicada neste processo..." (P1)

"Ele chega ao ponto de lhe dizer "se eu não fico contigo ninguém te quer. [...] Muito sinceramente, enquanto essa situação não se alterar, eu não estou a ver a minha irmã a sair de uma anorexia." (P1)

Para além dos fatores que, segundo as participantes, estiveram presentes desde o início da doença das irmãs e que persistem até hoje, são também destacados outros elementos/circunstâncias que ocorreram ao longo da evolução da doença e que contribuem para a sua manutenção.

Acontecimentos traumáticos

> *"A minha mãe faleceu em 2010 e ela, nesse ano, engravidou. Portanto, a minha mãe não viu a filha [da irmã com AN]. E, portanto, ela tem uma tristeza muito grande em relação a isso."* (P2)

O luto complicado/não resolvido, especialmente quando associado a perdas traumáticas, está fortemente correlacionado com sintomas de stress pós-traumático (PTSD), podendo afetar profundamente o funcionamento psicológico a longo prazo (Glad et al., 2021). Surgem dificuldades de *coping*, alterações na visão de mundo e um maior sofrimento psicológico. A dor emocional associada à perda, quando não é validada ou elaborada, pode levar à adoção de estratégias de controlo rígidas — como a restrição alimentar — como forma de lidar com o sofrimento interno. A perda repentina da mãe pode ter funcionado como um evento traumático perpetuador da perturbação, já que a AN se torna auto-perpetuante, pois a evitação emocional reforça os comportamentos alimentares disfuncionais (Oldershaw et al., 2019).

Comportamentos compensatórios

O surgimento de comportamentos compensatórios desempenha um papel central na manutenção da AN, ao funcionarem como estratégias temporárias de regulação emocional que, embora aliviem o mal-estar imediato, perpetuam o ciclo patológico da doença, já que impedem o desenvolvimento de mecanismos adaptativos mais saudáveis.

> *"... nós só soubemos da bulimia mais tarde..."* (P1)

> *"quando ela engravidou, achei que a coisa fosse melhorar [...], mas ela acabou por confessar que [os comportamentos compensatórios/indução de vómito] começou na altura da gravidez..."* (P1)

Os mecanismos compensatórios constituem um papel central nos quadros clínicos das PAI. A AN pode incluir comportamentos purgativos, tal como a indução de vómito referida nas entrevistas. Este comportamento pode atuar como uma estratégia de regulação emocional e controlo corporal. A indução do vómito oferece um alívio imediato da ansiedade e da culpa associadas à ingestão alimentar, criando um ciclo de reforço negativo. Ao permitir que a pessoa sinta que pode "anular" os efeitos da

alimentação, o vómito reforça a ilusão de controlo absoluto sobre o corpo e o peso, um aspeto central na identidade de muitas pessoas com AN (Weir, 2016).

Por outro lado, também funciona como estratégia de *coping* desadaptativa, pois contribui para o evitamento emocional e experiencial - desvia o foco de conflitos internos para uma preocupação obsessiva com a comida e o corpo. A sua natureza secreta e ritualizada intensifica o isolamento social e dificulta a deteção precoce, perpetuando o ciclo da perturbação (Haynos & Fruzzetti, 2011). Assim, longe de ser apenas uma consequência da AN, a indução do vómito e os restantes mecanismos compensatórios (como exercício físico excessivo e uso de laxantes) tornam-se um dos seus principais motores de continuidade.

Uma das participantes revelou também outro mecanismo de *coping* desadaptativo que nem sempre surge imediatamente associado à AN – o abuso de substâncias. O abuso de substâncias, como o álcool, pode desempenhar um papel significativo na manutenção da AN funcionando como uma estratégia paralela de regulação emocional mal adaptativa, como a restrição alimentar e os mecanismos compensatórios. A comorbilidade entre PAI e o abuso de substâncias é comum e agrava o prognóstico da doença, reforça os padrões de desregulação emocional, dificultando o tratamento e aumentando o risco de recaídas (Essau, 2020; Sansone e Sansone, 2007).

> *"Houve aqui uma altura dela que ela se refugiava muito no álcool [...] Vou até a casa dos meus pais e percebo que ela tem álcool à mesa, que não era normal. [...] Tínhamos acordado nem há meia hora e ela está a beber Martini..."* (P1)

Assim, o álcool não só não resolve o sofrimento emocional subjacente, como contribui para a perpetuação do ciclo patológico da AN, já que reforça padrões de evitamento e desregulação emocional.

Resistência ao tratamento

A resistência ao tratamento é um dos fatores mais desafiantes da AN, contribuindo significativamente para a sua cronicidade. Muitas pessoas com AN não reconhecem a gravidade da sua própria condição e não desejam abandonar os comportamentos que associam a segurança, controlo ou identidade. A doença assume frequentemente uma função protetora. As participantes reconhecem que a AN

proporciona, à irmã, um sentido de identidade e pertença, ainda que paradoxal. A doença é, muitas vezes, descrita como um espaço de segurança — um "mundo à parte" onde a pessoa sente que pode existir com algum grau de previsibilidade. Neste sentido, a resistência ao tratamento não surge apenas da falta de *insight*, mas de uma identificação profunda com os padrões de funcionamento da perturbação. O abandono destes padrões implica, para muitas, uma perda de controlo e um confronto com emoções difíceis, muitas vezes silenciadas durante anos.

A tendência para o silêncio e isolamento por parte das pessoas com AN é bastante comum e pode estar associada a múltiplos fatores, entre os quais se destacam a negação da gravidade da doença, o estigma social e a valorização da autossuficiência. O facto de as pessoas evitarem procurar ajuda não ocorre por falta de necessidade, mas sim por mecanismos de negação e crenças de que devem lidar com o problema sozinhas, de modo a continuarem na bolha de "controlo" ilusória que criaram (Fabry et al., 2024). Estes mecanismos de defesa não só dificultam o reconhecimento interno da necessidade de ajuda, como também reduzem a probabilidade de recorrer a ajuda profissional ou até de partilhar o sofrimento com familiares e amigos.

> *"não o transmitem a ninguém [o problema], fecham-se, eu acho que é isso, é o facto de elas não conversarem e manterem o problema, sem ajuda."* (P2)

Já na fase do tratamento, os profissionais de saúde são frequentemente interpretados como ameaças à autonomia e ao controlo que a pessoa sente ter sobre o seu corpo e comportamento alimentar. Guarda (2008), aborda a natureza egossintónica dos sintomas - os comportamentos são percebidos como coerentes com os objetivos e valores da pessoa com AN. Desta forma, a imposição de normas alimentares e de peso pode ser interpretada como uma tentativa de invasão do corpo e da vontade da pessoa, gerando desconfiança e rejeição em relação às intenções dos profissionais (Giordano, 2019).

> *"Ela vai ao nutricionista, mas não cumpre com o que o nutricionista diz, ela vai ao médico, mas não faz nada do que o médico diz, e depois estamos a discutir o tema e ela começa "porque eles querem que eu coma bolachas Maria, eles só querem que eu engorde". Eles querem que tu tenhas a base de nutrição básica! Mas ela não consegue entender..."* (P1)

A interferência familiar no processo terapêutico mencionada nas entrevistas ilustra como abordagens familiares pouco equilibradas — como a pressão direta para comer, a falta de compreensão do processo terapêutico e a invalidação emocional — podem agravar os sintomas da AN e reforçar os comportamentos alimentares disfuncionais (Simic et al., 2022). A insistência coerciva dos pais — "tens de comer" — é percebida pela jovem, não como motivadora, mas como uma forma de controlo, gerando resistência e contribuindo para o isolamento emocional da pessoa doente, reforçando a função da perturbação como mecanismo de regulação emocional (Baudinet et al., 2024; Cripps, Serpell, et al., 2024).

Simic et al. (2022) destaca a importância de relações familiares empáticas e colaborativas como facilitadoras da mudança terapêutica. Quando os pais não conseguem adaptar-se às necessidades emocionais do jovem, ou quando se focam exclusivamente na alimentação sem considerar os fatores emocionais subjacentes, o processo terapêutico torna-se mais difícil e a AN tende a perpetuar-se.

> *"Mas eu sei que os meus pais forçam, do género, tens de comer mais e porque tens de comer, anda lá, isso não é nada. E isso acaba por fazê-la a seguir deitar tudo fora."* (P1)

Assim, torna-se essencial implementar intervenções familiares estruturadas que promovam não só a recuperação nutricional, mas também a reconstrução de relações familiares mais funcionais e seguras (Simic et al., 2022). Nestas intervenções, é fundamental apoiar a família na criação de um contexto de confiança onde esta entenda que a única forma de sair da doença é passando por ela (em vez de a evitar) (Baudinet et al., 2024).

Porém, é natural que o núcleo familiar experiencie frustração, já que a pessoa com AN revela dificuldade para reconhecer a gravidade da doença e, consequentemente, aderir ao tratamento. A família, durante bastante tempo, confronta-se com persistentes justificações externas para explicar sintomas como a perda de peso ou a falta de apetite. Estas justificações podem surgir como um mecanismo de defesa, frequentemente observado em pessoas com AN.

"Ela arranja desculpas para tudo, a falta de apetite, o baixo peso era porque estava longe de casa, porque era professora, dava aulas fora; veio para cima, portanto ela está neste momento a trabalhar no Norte, é o segundo ano consecutivo, e a coisa continua." (P1)

A participante descreve como a irmã atribui o seu baixo peso a fatores contextuais — como o afastamento da família ou o stress profissional — evitando assim o reconhecimento da AN. Este tipo de racionalização pode funcionar como uma estratégia inconsciente de minimização do problema, dificultando o *insight* e atrasando a procura de ajuda. De acordo com Treasure et al. (2015), estas justificações externas podem ser vistas como parte de um sistema de evitamento cognitivo, no qual a pessoa com AN procura manter uma sensação de controlo e coerência interna, enquanto evita o confronto com a realidade da doença. Esta negação parcial ou racionalização contribui para a manutenção da perturbação, pois impede o envolvimento ativo no processo terapêutico e reduz a motivação para a mudança (Gadsby, 2023). Além disso, pode gerar frustração nos familiares, que percebem a continuidade dos comportamentos disfuncionais apesar da mudança de contexto, como ilustrado na afirmação "e a coisa continua". Torna-se essencial explorar o padrão de justificação externa em contexto terapêutico, de forma a promover a tomada de consciência e a responsabilização gradual da pessoa doente pelo seu processo de recuperação.

4. Conclusão

O presente estudo constituiu uma análise preliminar das entrevistas semiestruturadas realizadas junto das participantes (irmãs biológicas de pessoas diagnosticadas com AN) acerca dos fatores de origem e manutenção desta PAI. Estes fatores distribuem-se por dimensões biológicas, psicológicas, sociais e relacionais, tal como referido na natureza multifatorial e complexa da AN.

Tal como esperado, a complexidade da AN reside não apenas nos seus sintomas físicos ou numa relação conturbada com a comida, mas sobretudo na teia de fatores psicológicos e relacionais que a sustentam. Os resultados apontam para uma leitura ecológica e sistémica da AN, onde os fatores de risco e de manutenção se entrelaçam numa teia complexa de significados pessoais, familiares e sociais.

As participantes destacaram a hereditariedade e antecedentes familiares de psicopatologia como fatores de origem relevantes, o que está em consonância com a literatura que aponta para uma forte componente genética na AN (Baker et al., 2017; Thornton et al., 2016), algo que durante muito tempo não era devidamente considerado como relevante. A transição para a adolescência aliada à baixa autoestima, IC negativa e pressão para corresponder às expectativas sociais acerca da IC foram também referidas como momentos e condições críticas para o surgimento da doença, reforçando a importância do contexto desenvolvimental e sociocultural (Andrew et al., 2016; Blowers et al., 2003; Tiggemann & Slater, 2013).

No que diz respeito à manutenção da AN, acontecimentos traumáticos, relações interpessoais disfuncionais e a resistência ao tratamento foram fatores que se revelaram preponderantes. Nomeadamente este último, que surge frequentemente associada à negação da gravidade da doença e à rejeição da autoridade dos profissionais de saúde, permanece como um dos fatores de maior relevância, evidenciando a complexidade do processo terapêutico.

A rigidez cognitiva, o perfecionismo e a necessidade de controlo emergem tanto como fatores de origem como de manutenção, tal como corroborado pela literatura. Quando abordamos, particularmente, a condição do corpo, Merwin e colaboradores (2010) salientaram que os seus estados abarcam uma elevada volatilidade, tornando difícil a tarefa de "manipular ou controlar com precisão as suas mudanças somático-afetivas" (p. 69). Esta falta de controlo exacerba a intolerância à incerteza que define os indivíduos com AN. Compreende-se, então, que estes traços de personalidade mais rígidos e os sintomas da AN constituem uma tentativa de minimizar este risco, tão natural, de volatilidade.

Apesar dos resultados relevantes, este estudo apresenta naturalmente algumas limitações. As entrevistas revelaram-se uma fonte rica de dados, mas o reduzido tamanho da amostra impossibilitou o atingir da saturação teórica. A análise permitiu a construção de um sistema de codificação acerca dos fatores que, segundo as participantes, contribuem para a origem e manutenção da AN, no entanto, a avaliação do acordo intercodificador ainda não foi realizada, razão pela qual o sistema apresentado deve ser considerado uma versão preliminar.

Apesar destas limitações, é de sublinhar que as irmãs assumem um papel de interlocutoras privilegiadas, oferecendo uma visão próxima, mas externa, da experiência da AN. As suas narrativas revelam não só o impacto da doença na dinâmica familiar, mas também a sua própria vivência emocional, marcada por preocupação, frustração e, por vezes, impotência. Esta perspetiva é particularmente valiosa, pois permite aceder a dimensões da doença que muitas vezes permanecem ocultas no discurso da própria doente com AN. Assim, é reforçada a necessidade de intervenções terapêuticas sistémicas, que envolvam a família de forma empática e informada, e que considerem não apenas os comportamentos alimentares, mas também os fatores emocionais, relacionais e identitários subjacentes. Além disso, evidencia a importância de incluir os irmãos no processo terapêutico e na investigação, reconhecendo o seu papel enquanto cuidadores secundários e fontes cruciais de suporte emocional (Hutchison et al., 2022; Maon et al., 2020). É crucial que as equipas multidisciplinares que estão envolvidas no tratamento de PAI abordem de forma integrada e sensível os múltiplos aspetos anteriormente referidos. Esta abordagem deve incluir a desconstrução progressiva de crenças distorcidas relacionadas com o corpo, o seu valor simbólico e o papel que desempenha na construção da identidade e do autoconceito da pessoa. Promover uma relação mais saudável, equilibrada e compassiva com a IC é essencial para a recuperação, sendo um processo que exige tempo, consistência e uma intervenção terapêutica centrada na reformulação cognitiva, na aceitação corporal e na valorização de dimensões identitárias para além da aparência física.

Referências

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (*5th ed.)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016). Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach. *Frontiers in Psychology*, *7*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00849

Andersson, P., Jamshidi, E., Ekman, C.-J., Tedroff, K., Björkander, J., Sjögren, M., Lundberg, J., Jokinen, J., & Desai Boström, A. E. (2023). Anorexia Nervosa With Comorbid Severe Depression: A Systematic Scoping Review of Brain Stimulation Treatments. *The Journal of ECT*, *39*(4), 227. https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000922

Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, *52*(3), 463–474. https://doi.org/10.1037/dev0000095

Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 156–167. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009

Arigo, D., Bercovitz, I., Lapitan, E., & Gular, S. (2024). Social Comparison and Mental Health. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *11*, 17–33. https://doi.org/10.1007/s40501-024-00313-0

Ata, R. N., Ludden, A. B., & Laloyd, M. M. (2007). The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *36*(8), 1024–1037. https://doi.org/10.1007/s10964-006-9159-x

Azmy, S. (2019). The eating disordered couple. In L. Sperry, K. Helm, & J. Carlson (Eds.), *The disordered couple* (2nd ed., pp. 193–206). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781351264044-12

Bair, A., Steele, J. R., & Mills, J. S. (2014). Do these norms make me look fat? The effect of exposure to others' body preferences on personal body ideals. *Body Image*, *11*(3), 275–281. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.04.004

Baker, J. H., Schaumberg, K., & Munn-Chernoff, M. A. (2017). Genetics of Anorexia Nervosa. *Current Psychiatry Reports*, *19*(11). https://doi.org/10.1007/s11920-017-0842-2

Bang, L., Bahrami, S., Hindley, G., Smeland, O. B., Rødevand, L., Jaholkowski, P. P., Shadrin, A., Connell, K. S. O., Frei, O., Lin, A., Rahman, Z., Cheng, W., Parker, N., Fan, C. C., Dale, A. M., Djurovic, S., Bulik, C. M., & Andreassen, O. A. (2023). Genome-wide analysis of anorexia nervosa and major psychiatric disorders and related traits reveals genetic overlap and identifies novel risk loci for anorexia nervosa. *Translational Psychiatry*, *13*(1). https://doi.org/10.1038/s41398-023-02585-1

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk Factors for Eating disorders: Findings from a Rapid Review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 1–31. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, *27*(3), 384–405. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005

Barra, J. V., Silva, W. R. da, Marôco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Adaptação transcultural e validação do Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação

à Aparência-4 (SATAQ-4) aplicado a estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, *35*(5). https://doi.org/10.1590/0102-311x00170218

Baudinet, J., Eisler, I., Konstantellou, A., Simic, M., & Schmidt, U. (2024). How young people perceive change to occur in family therapy for anorexia nervosa: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-024-00971-8

Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S., Valente, J., Gomes, A., Azevedo, M. H. P., & Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*, *18*(4), 328–337. https://doi.org/10.1002/erv.981

Blodgett Salafia, E. H., Jones, M. E., Haugen, E. C., & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, *3*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-015-0069-8

Blowers, L. C., Loxton, N. J., Grady-Flesser, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, *4*(3), 229–244. https://doi.org/10.1016/s1471-0153(03)00018-7

Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(1), 51–59. https://doi.org/10.1111/acps.12389

Branje, S., Geeraerts, S., de Zeeuw, E. L., Oerlemans, A. M., Koopman-Verhoeff, M. E., Schulz, S., Nelemans, S., Meeus, W., Hartman, C. A., Hillegers, M. H. J., Oldehinkel, A. J., & Boomsma, D. I. (2020). Intergenerational transmission: Theoretical and methodological issues and an introduction to four Dutch cohorts. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *45*, 100835. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100835

Bulik, C., Yilmaz, Z., & HArdaway, A. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, *5*, 131–150. https://doi.org/10.2147/agg.s55776

Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *42*(1), 59–73. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007

Callio, C., & Gustafsson, S. (2016). Living with a sibling who suffers from an eating disorder: a pilot interview study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *Volume 9*, 615–622. https://doi.org/10.2147/jmdh.s115934

Calogero, R. M., Boroughs, M., & Thompson, J. K. (2007). The Impact of Western Beauty Ideals on the Lives of Women: A Sociocultural Perspective. *The Body Beautiful*, 259–298. https://doi.org/10.1057/9780230596887_13

Cavedini, P., Bassi, T., Ubbiali, A., Casolari, A., Giordani, S., Zorzi, C., & Bellodi, L. (2004). Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, *127*(3), 259–266. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.03.012

Cripps, S., Pugh, M., & Serpell, L. (2024). Experiences of externalisation in recovery from Anorexia Nervosa: a reflexive thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-024-01087-9

Cripps, S., Serpell, L., & Pugh, M. (2024). Processes of change in family therapies for anorexia nervosa: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-024-01037-5

Dakanalis, A., Gaudio, S., Serino, S., Clerici, M., Carrà, G., & Riva, G. (2016). Body-image distortion in anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, *2*(1). https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.26

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Silva, B. (2016). Caught in the struggle with food craving: Development and validation of a new cognitive fusion measure. *Appetite*, *101*, 146–155. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.03.004

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Ashamed and Fused with Body Image and Eating: Binge Eating as an Avoidance Strategy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 195–202. https://doi.org/10.1002/cpp.1996

Elliot, A. J., Dweck, C. S., & Yeager, D. S. (Eds.). (2017). *Handbook of competence and motivation: Theory and application.* (2nd ed., pp. 586–603). The Guilford Press.

Espie, J., & Eisler, I. (2015). Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *6*, 9–16. https://doi.org/10.2147/ahmt.s70300

Essau, C. A. (2020). Comorbidity of addictive problems: Assessment and treatment implications. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment (2nd ed., pp. 291–317). https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00011-6

Fabry, E., Fassnacht, D. B., Ford, R., Burns, N. R., O'Shea, A. E., & Ali, K. (2024). The role of self-reliance and denial in the help-seeking process for eating disorders among university students. *European Eating Disorders Review*, *32*(3). https://doi.org/10.1002/erv.3052

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509–528. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8

Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). Physical, Sociocultural, and Behavioral Factors Associated with Body-Esteem in 16-Year-Old Swedish Boys and Girls. *Sex Roles*, *63*(5-6), 373–385. https://doi.org/10.1007/s11199-010-9806-2

Fulkerson, J., McGuire, M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S., & Perry, C. (2002). Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *International Journal of Obesity*, *26*(12), 1579–1587. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802157

Gadsby, S. (2023). Anorexia Nervosa, Body Dissatisfaction, and Problematic Beliefs. *Review of Philosophy and Psychology*, *15*, 685–704. https://doi.org/10.1007/s13164-023-00702-z

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342

Giordano, S. (2019). Anorexia Nervosa: A Case for Exceptionalism in Ethical Decision Making. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *26*(4), 315–331. https://doi.org/10.1353/ppp.2019.0047

Glad, K. A., Stensland, S., Czajkowski, N. O., Boelen, P. A., & Dyb, G. (2021). The longitudinal association between symptoms of posttraumatic stress and complicated grief: A random intercepts cross-lag analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(3). https://doi.org/10.1037/tra0001087

Green, J., & Thorogood, N. (2004). Qualitative Methods for Health Research (1st ed.). SAGE Publications.

Gualdi-Russo, E., Albertini, A., Argnani, L., Celenza, F., Nicolucci, M., & Toselli, S. (2008). Weight status and body image perception in Italian children. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, *21*(1), 39–45. https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2007.00843.x

Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, *94*(1), 113–120. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.020

Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Greenberg, J. L., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2014). A Comparison of Self-Esteem and Perfectionism in Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *202*(12), 883–888. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000215

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

Heider, N., Spruyt, A., & De Houwer, J. (2018). Body Dissatisfaction Revisited: On the Importance of Implicit Beliefs about Actual and Ideal Body Image. *Psychologica Belgica*, *57*(4), 158. https://doi.org/10.5334/pb.362

Heinberg, L. J. (2001). Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 27–47). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10502-002

Hisam, A., Rahman, M. U., & Mashhadi, S. F. (1969). Anorexia Nervosa Among Teenage Girls: Emerging Or Prevalent? *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *31*(6). https://doi.org/10.12669/pjms.316.7617

Hutchison, S., House, J., McDermott, B., Simic, M., Baudinet, J., & Eisler, I. (2022). Silent witnesses: the experience of having a sibling with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-022-00655-1

Hyde-Smith, C., Carey, H., & Steward, T. (2024). Intolerance of uncertainty and repetitive negative thinking: transdiagnostic moderators of perfectionism in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-024-01138-1

Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Christoffersen, M., & Murphy, J. (2016). Social, familial and psychological risk factors for mood and anxiety disorders in childhood and early adulthood: a birth cohort study using the Danish Registry System. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(3), 331–338. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1171-1

Jones, A., Lindekilde, N., Lübeck, M., & Clausen, L. (2015). The association between interpersonal problems and treatment outcome in the eating disorders: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *69*(8), 563–573. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1019924

Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences*, *36*(2), 110–120. https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.01.003

Kennedy, G. A., Forman, S. F., Woods, E. R., Hergenroeder, A. C., Mammel, K. A., Fisher, M. M., Ornstein, R. M., Callahan, S. T., Golden, N. H., Kapphahn, C. J., Garber, A. K., Rome, E. S., & Richmond, T. K. (2017). History of Overweight/Obesity as Predictor of Care Received at 1-year Follow-Up in Adolescents With Anorexia Nervosa or Atypical Anorexia Nervosa. Journal of Adolescent Health, 60(6), 674–679. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.001

Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, *9*(4), 471–483. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.006

Kurz, M., Rosendahl, J., Rodeck, J., Muehleck, J., & Berger, U. (2021). School-Based Interventions Improve Body Image and Media Literacy in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, *43*(1). https://doi.org/10.1007/s10935-021-00660-1

Kutz, A. M., Marsh, A. G., Gunderson, C. G., Maguen, S., & Masheb, R. M. (2019). Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *Journal of General Internal Medicine*, *35*(3). https://doi.org/10.1007/s11606-019-05478-6

Langdon-Daly, J., Chuang, H., & Handke, A. M. (2024). Social safeness and eating disorder symptoms: a correlational study exploring associations of social safeness, eating disorder symptoms, social support and shame in a non-clinical young adult sample. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-024-01057-1

Lindner, D., Tantleff-Dunn, S., & Jentsch, F. (2012). Social Comparison and the "Circle of Objectification." *Sex Roles*, *67*(3-4), 222–235. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0175-x

Livet, A., Navarri, X., Pomerleau, P. P., Champagne, S., Yunus, F. M., Chadi, N., McVey, G., & Conrod, P. (2023). Perfectionism in Children and Adolescents with Eating-Related Symptoms: A Systematic Review and a Meta-Analysis of Effect Estimates. *Adolescents*, *3*(2), 305–329. https://doi.org/10.3390/adolescents3020022

Lloyd, E. C., Haase, A. M., Foster, C. E., & Verplanken, B. (2019). A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, *276*, 175–185. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.010

Lock, J., Grange, D. l., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. Guilford Press

Longo, P., Toppino, F., Martini, M., Panero, M., De Bacco, C., Marzola, E., & Abbate-Daga, G. (2022). Diagnostic Concordance between Research and Clinical-Based Assessments of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(24), 7419. https://doi.org/10.3390/jcm11247419

Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Körne, G., & Sfärlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-022-00661-3

Machado, B., Vieira, A. I., Brandão, I., Buinhas, I., Granja, N., Cunha, M., Sá, J., Machado, J., Timóteo, S., Nunes, P., & Gonçalves, S. F. (2020). Eating Disorders in Males: A Case Series Study to Evaluate Putative Risk Factors. *The Journal of Men's Studies*, *28*(2), 223–236. https://doi.org/10.1177/1060826520905093

Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2014). Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: A Portuguese Case-Control Study. *European Eating Disorders Review*, *22*(4), 243–251. https://doi.org/10.1002/erv.2286

Maine, M. D., Samuels, K. L., & Tantillo, M. (2015). Eating disorders in adult women: biopsychosocial, developmental, and clinical considerations. *Advances in Eating Disorders*, *3*(2), 133–143. https://doi.org/10.1080/21662630.2014.999103

Maon, I., Horesh, D., & Gvion, Y. (2020). Siblings of Individuals With Eating Disorders: A Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(604). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00604

Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., & Wendell, J. W. (2010). Disordered Eating-Related Cognition and Psychological Flexibility as Predictors of Psychological Health Among College Students. *Behavior Modification*, *34*(1), 3–15. https://doi.org/10.1177/0145445509351569

McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdolell, M. (2002). Risk and Protective Factors Associated with Disordered Eating During Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, *22*(1), 75–95. https://doi.org/10.1177/0272431602022001004

Merwin, R. M., Timko, C. A., Moskovich, A. A., Ingle, K. K., Bulik, C. M., & Zucker, N. L. (2010). Psychological Inflexibility and Symptom Expression in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, *19*(1), 62–82. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533606

Mills, J. S., Minister, C., & Samson, L. (2022). Enriching Sociocultural Perspectives on the Effects of Idealized Body norms: Integrating shame, Positive Body image, and self-compassion. *Frontiers in Psychology*, *13*(1). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.983534

Narmandakh, A., Roest, A. M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(12). https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3

Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology*, *10*(219). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219

Pan, J. R., Li, T. Y., Tucker, D., & Chen, K. Y. (2022). Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-022-00551-8

Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 376–385. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.014

Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body Dissatisfaction Prospectively Predicts Depressive Mood and Low Self-Esteem in Adolescent Girls and Boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *35*(4), 539–549. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_5

Phillipou, A., Croce, S., Abel, L. A., Castle, D. J., Dean, B., Eikelis, N., Elwyn, R., Gurvich, C., Jenkins, Z., Meyer, D., Miles, S., Neill, E., Ralph-Nearman, C., Rocks, T., Rossell, S. L., Ruusunen, A., Simpson, T. N., Urbini, G., West, M., & Malcolm, A. (2023). Investigating the cause and maintenance of Anorexia Nervosa – The I-CAN study: Protocol and open call for study sites and collaboration. *Psychiatry Research*, *328*, 115468. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115468

Piran N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body image*, *18*, 43–60. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.007

Ragnhildstveit, A., Nandita Tuteja, Seli, P., Smart, L., Uzun, N., Bass, L. C., Miranda, A. C., Ford, T. J., & Sharon. (2024). Transitions from child and adolescent to adult mental health services for eating disorders: an in-depth systematic review and development of a transition framework. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-024-00984-3

Riquin, E., Raynal, A., Mattar, L., Lalanne, C., Hirot, F., Huas, C., Duclos, J., Berthoz, S., & Godart, N. (2021). Is the Severity of the Clinical Expression of Anorexia Nervosa Influenced by an Anxiety, Depressive, or Obsessive-Compulsive Comorbidity Over a Lifetime? *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 658416. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.658416

Sala, M., Egbert, A. H., Lavender, J. M., & Goldschmidt, A. B. (2018). Affect, reward, and punishment in anorexia nervosa: a narrative overview. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *23*(6), 731–737. https://doi.org/10.1007/s40519-018-0588-9

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2007). Eating disorders and psychiatric comorbidity: Prevalence and treatment modifications. In J. Yager & P. S. Powers (Eds.), Clinical manual of eating disorders (pp. 79–111). American Psychiatric Publishing, Inc.

Scutt, E., Langdon-Daly, J., & Smithson, J. (2022). Experiences of eating difficulties in siblings of people with anorexia nervosa: a reflexive thematic analysis. Journal of Eating Disorders, 10(1). https://doi.org/10.1186/s40337-022-00646-2

Seong, H., Lee, S., & Chang, E. (2021). Perfectionism and academic burnout: Longitudinal extension of the bifactor model of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *172*, 110589. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110589

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive–behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(7), 773–791. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00059-6

Simic, M., Baudinet, J., Blessitt, E., Wallis, A., & Eisler, I. (2022). *Multi-family therapy for anorexia nervosa: A treatment manual.* Routledge/Taylor & Francis Group.

Souza, A. C. de, & Alvarenga, M. dos S. (2016). Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – Uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *65*(3), 286–299. https://doi.org/10.1590/0047-2085000000134

Taylor, J., & Armes, G. (2024). Social comparison on Instagram, and its relationship with self-esteem and body-esteem. *Discover Psychology*, *4*(1). https://doi.org/10.1007/s44202-024-00241-3

Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., & Treasure, J. (2011). Cognitive Flexibility and Clinical Severity in Eating Disorders. *PLoS ONE*, *6*(6), e20462. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020462

Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J., & Morris, R. (2012). Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders: Examining the Evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS ONE*, *7*(1), e28331. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028331

Thornton, L. M., Welch, E., Munn-Chernoff, M. A., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2016). Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(5), 525–534. https://doi.org/10.1111/sltb.12235

Tiggemann, M., & Slater, A. (2013). NetGirls: The Internet, Facebook, and Body Image Concern in Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(6), 630–633. https://doi.org/10.1002/eat.22141

Torres, S. & Guerra, M. P. (2007). Psicologia da Saúde e Anorexia Nervosa [Health Psychology and Anorexia Nervosa]. *Psicologia da Saúde: Contextos e Áreas de Intervenção.* pp. 187-233. ISBN 978-972-796-275-4.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10312-000

Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science*, *10*(5), 181–183. https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144

Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. Early intervention in psychiatry, 9(3), 173–184. https://doi.org/10.1111/eip.12170

Vacca, M., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2020). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, *29*(1). https://doi.org/10.1002/erv.2793

van Dijk, M. T., Murphy, E., Posner, J. E., Talati, A., & Weissman, M. M. (2021). Association of Multigenerational Family History of Depression With Lifetime Depressive and Other Psychiatric Disorders in Children. *JAMA Psychiatry*, *78*(7), 778. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0350

Weir, K. (2016, April 1). New insights on eating disorders. *Monitor on Psychology*, *47*(4). https://www.apa.org/monitor/2016/04/eating-disorders