

EMOÇÕES NA ANOREXIA NERVOSA: TEORIA, PESQUISA E PRÁTICA

Sandra Torres^{1,2} (Orcid: 0000-0003-4526-4272)

Marina Prista Guerra^{1,2} (Orcid: 0000-0003-3863-8520)

Maria Alexina Ribeiro³ (Orcid: 0000-0003-2480-4225)

António Roma-Torres⁴ (Orcid: 0000-0002-9163-082X)

Isabel Brandão⁴

Filipa Mucha Vieira^{1,2} (Orcid: 0000-0002-8585-8705)

Correspondência:

Sandra Torres,
storres@fpce.up.pt

Fomento: Este trabalho
foi financiado pela FCT
(CPUP FCT
UIDB/00050/2020)

Como citar: Torres, S.,
Guerra, M., Ribeiro,
M. A., Roma-Torres,
A., Brandão, I., &
Vieira, F. M. (2023).
Emoções na anorexia
nervosa: Teoria,
pesquisa e prática.
*Arquivos Brasileiros
de Psicologia*, 75,
e012. [https://doi.org/
10.36482/arb.v75i1.1
755](https://doi.org/10.36482/arb.v75i1.1755)



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

² Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal

³ Universidade Católica de Brasília, Brasil

⁴ Centro Hospitalar de São João, Portugal

RESUMO

Revisões sistemáticas da literatura têm identificado, com consistência, dificuldades no processamento de emoções e a presença de alexitimia em indivíduos com anorexia nervosa (AN). No plano teórico, as dificuldades emocionais têm sido integradas nos modelos explicativos do transtorno. Contudo, as várias perspectivas etiológicas parecem ter pouca articulação entre si, apesar de focarem processos emocionais que podem ser vistos de forma complementar. Com base nesse fato, este estudo procurou sistematizar os principais contributos dos diferentes modelos teóricos, com especificação do papel etiológico das emoções, e propor uma leitura mais integrada dos mesmos. A revisão teórica se complementou com uma síntese da literatura sobre a pesquisa em torno do processamento emocional e da alexitimia na AN, abrindo pistas para a intervenção. Na dimensão clínica, houve análise de implicações para a prática que decorrem da conjugação das contribuições teóricas e empíricas.

PALAVRAS-CHAVE:

Anorexia Nervosa; Etiologia; Processamento Emocional; Alexitimia; Tratamento.

EMOTIONS IN ANOREXIA NERVOSA: THEORY, RESEARCH, AND PRACTICE

ABSTRACT

Systematic reviews of literature have consistently identified emotion-processing deficits and the presence of alexithymia in individuals with anorexia nervosa (AN). On theoretical level, emotional difficulties have been integrated into the explanatory models of the disorder. However, although focused on emotional processes that can be seen as complementary, these etiological perspectives seem to have little articulation between them. Based on this fact, this study sought to systematize the main contributions of the models focusing on the etiologic role of emotions and, additionally, propose a more integrated view of them. This theoretical review was complemented with a synthesis of studies on emotional processing and alexithymia in AN, presenting avenues for psychological intervention. From a clinical point of view, we analyzed the implications for practice that arise from the combination of theoretical and empirical contributions.

KEYWORDS:

Anorexia Nervosa; Etiology; Emotional Processing; Alexithymia; Treatment.

LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVOSA: TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA

RESUMEN

Revisión de la literatura han identificado con consistencia dificultades en el procesamiento de emociones y la presencia de alexitimia en individuos con anorexia nervosa (AN). En el plano teórico las dificultades emocionales han sido integradas en los modelos explicativos. Sin embargo, las varias perspectivas etiológicas parecen tener poca conexión entre sí, a pesar de enfocar procesos emocionales que pueden ser vistos de forma complementaria. Con base a este hecho, este estudio pretende sistematizar las principales contribuciones de los diferentes modelos teóricos que abordan el papel etiológico de las emociones, y proponer una lectura más integrada de los mismos. La revisión teórica ha sido complementada con una síntesis de los estudios sobre el procesamiento emocional y la alexitimia en la AN, abriendo pistas para el tratamiento. En una perspectiva clínica, han sido analizadas las implicaciones para la práctica que deriva de la conjugación de los contributos teóricos y empíricos.

PALABRAS CLAVE:

Anorexia Nervosa; Etiología; Procesamiento Emocional; Alexitimia; Tratamiento.

Informações do Artigo:
Recebido em: 04/012/2015
Aceito em: 27/05/2018

As emoções na anorexia nervosa: Teoria, pesquisa e prática

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno do comportamento alimentar de etiologia complexa, no qual interagem fatores genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais. Nenhum fator etiológico isolado tem sido considerado, por si só, suficiente para explicar o desenvolvimento dessa patologia (Connan et al., 2003), todavia, os estudos de revisão sistemática e meta-análise têm identificado, com consistência, a presença de dificuldades de processamento emocional em indivíduos com AN (Caglar-Nazali et al., 2014; Hatch et al., 2010; Oldershaw et al., 2011). Como processamento emocional, entende-se todo o processo complexo que envolve a percepção, diferenciação e regulação de emoções. A regulação emocional, por sua vez, envolve várias competências como a capacidade de compreender e aceitar a experiência emocional e a mobilização de estratégias para manejar as emoções de forma adaptativa, flexível e adequada ao contexto (Gratz & Roemer, 2004). As dificuldades emocionais resultam assim de problemas na regulação de emoções e, a um nível perceptual, no reconhecimento de experiências emocionais (Kret & Ploeger, 2015). Na AN as dificuldades emocionais parecem evidenciar-se já na fase pré-mórbida da doença (Anderluh et al., 2003; Haynos & Fruzzetti, 2011; Treasure et al., 2012). Como reflexo, a dificuldade em lidar com os afetos tem sido parte integrante de vários modelos teóricos explicativos da AN.

Contudo, esses modelos encontram-se dispersos na literatura e são vistos frequentemente de forma isolada. Dessa forma, neste artigo de revisão, procurou-se fazer uma síntese dos principais modelos que abordam o papel das emoções na gênese e manutenção da AN, sistematizando pontos de convergência e diferenciação entre eles. Apresentou-se uma leitura integradora dos seus contributos, reconhecendo que esse aspecto é uma lacuna na literatura. Para complementar essa grelha teórica, sistematizaram-se os recentes dados empíricos que reforçam a

importância das emoções no curso e no desenvolvimento da AN. Com base em uma perspectiva de ligação entre a teoria e prática, organizaram-se algumas linhas de orientação para a intervenção clínica, e destacaram-se novas abordagens emergentes, cujas ferramentas utilizadas parecem contribuir para uma regulação emocional mais flexível e equilibrada.

Emoções e anorexia nervosa: Revisão dos principais modelos teóricos explicativos

Na atualidade, a AN está associada a múltiplos fatores individuais, familiares, socioculturais e a valores contemporâneos, como a beleza, o sucesso e a felicidade (Torres & Guerra, 2007). Não obstante o reconhecimento da natureza multifatorial desse transtorno, vários clínicos e investigadores têm-se centrado no papel que os fatores emocionais têm na patogênese e manutenção da AN. Os primeiros escritos psicanalíticos inspiraram-se no modelo da Pulsão-Conflito desenvolvido por Freud (1923/1961). De acordo com este modelo, as patologias resultavam de conflitos internos entre as diferentes instâncias da mente: id, ego e superego. Nesses conflitos, entravam em jogo ideais biológicos que se tentavam libertar e ideais culturais e morais que se opunham a essa libertação. Os sintomas constituíam expressões simbólicas de ideias de caráter agressivo ou sexual. Dessa forma, a inanição era interpretada como uma defesa contra as fantasias de impregnação oral.

Outras teorias direcionaram a sua atenção para as fantasias envolvendo as mães das anoréxicas. Por exemplo, Melanie Klein (1946) considerava que a AN expressava uma ambivalência infantil em relação à mãe e, à semelhança de Freud, defendia a existência de dois instintos em relação à mãe: o instinto do ódio e o instinto do amor. Klein salientava, no entanto, que a criança tentava expelir esse sentimento de ódio para o interior da mãe, com receio de que

ele a aniquilasse. Numa linha de pensamento semelhante, também Lencan (1994) considerou que “comer nada” seria uma forma de inverter a dependência em relação à mãe, tornando-a dependente do desejo da filha. Essa recusa ao imperativo de comer denunciava a necessidade da anoréxica reduzir a onipotência do Outro. Mais tarde, Recalcati (2003) retornou a essa perspectiva de Lencan e acrescentou que o “comer nada” cumpria a função de pseudosseparação entre o sujeito e o Outro. Segundo Bidaud (1998), essa separação permitiria elaborar a mudança de objeto de amor da mãe para o pai. A falência da função da figura paterna era, de acordo com esse autor, o ponto central da problemática da AN. A filha tornava-se o único objeto de desejo da mãe e, perante a ausência da mediação paterna, gerava-se uma relação simbiótica, sem limites. À luz da psicanálise, a necessidade de separação podia ainda ser compreendida do ponto de vista corporal. Ou seja, a inanição podia ter como função cessar o processo de feminização associado à puberdade e assim evitar a experiência de semelhança em relação à mãe (Sayers, 1988; Selvini-Palazzoli, 1985).

Uma viragem na teoria psicanalítica surge, no entanto, quando se começa a questionar a associação da AN a distorções do self (modelo das Relações Objetais) e se passa a relacioná-la com dificuldades do self resultantes de quebras no processo de maturação. A Teoria do Self, por exemplo, advoga que em determinadas situações (e.g., quando os pais estão absorvidos por algum assunto, ansiosos, confusos ou deprimidos), a criança pode achar arriscado confiar neles para satisfazer as necessidades do self objetal. Nesse seguimento, a criança inicia um processo de negação das necessidades do seu próprio self objetal. A ausência de autorregulação interna e a perda de coesão do self conduzem a um sentimento de perda de controle que se manifesta pelo “sentir-se gorda”. Assim, nesse contexto, a AN surge com a finalidade de construir um mundo próprio, previsível e passível de ser controlado pelo indivíduo com AN (Goodsitt, 1997).

Também Hilde Bruch contribuiu significativamente para esse enfoque nos processos de regulação interna. A interpretação dela sobre as características psicológicas centrais desse transtorno ainda hoje é uma referência na comunidade científica (Treasure & Cardi, 2017). Esta autora defendeu a AN como uma perturbação no desenvolvimento da personalidade mediada por fatores do meio familiar e do contexto individual. Partindo da prática clínica, Bruch (1962) verificou que essas doentes experienciavam suas emoções de forma confusa, mostrando-se, com frequência, incapazes de descrevê-las. Por conseguinte, a falta de consciência e confiança nos sentimentos, pensamentos e sensações corporais, contribuíam para que os indivíduos com AN vivenciassem elevado sentido de ineficácia. Bruch acreditava que a pessoa com AN tentava compensar a falta de estrutura interna e de autocontrole com o controle excessivo e rígido do tamanho corporal.

A Teoria do Self e a teoria de Bruch comungam assim da valorização dos processos de autorregulação. Em comum, as duas perspectivas refletem também a influência da psicologia desenvolvimental, integrando a importância das interações precoces na etiologia do transtorno. Efetivamente, ao longo das últimas décadas, a psicopatologia do desenvolvimento tem-se afirmado no campo da AN, e sua leitura sobre a associação desse transtorno à adolescência é de grande utilidade.

Segundo essa corrente, a AN é considerada como extremo dum continuum, o qual é também composto por modos de funcionamento e comportamentos que se podem considerar normativos. Esse extremo é caracterizado por falhas na resolução de determinadas tarefas, como modelar os impulsos e os estados de humor e integrar imagens do corpo e do self (Attie & Brooks-Gunn, 1989). A adaptação a novas situações ou a mudanças desenvolvimentais, que caracterizam os períodos de transição, podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno

alimentar (Smolak & Levine, 1996). Durante esse processo, ocorrem reorganizações significativas e graduais em diferentes estruturas: personalidade, cognições e relacionamento. No entanto, perante essas modificações, algumas pessoas podem não conseguir criar novas estruturas e, nesse seguimento, desenvolver um processo de ajustamento negativo. Segundo (Connors, 1996), será a não resolução dessas tarefas desenvolvimentais, conjugada com a presença de um conjunto de variáveis predisponentes em nível intraindividual (e.g., insatisfação corporal, o perfeccionismo e a incapacidade para modular afetos e impulsos) e contextual (e.g., os riscos inerentes ao meio sociocultural e características familiares), que potencia o desenvolvimento da AN. A combinação de diferentes variáveis aumenta a vulnerabilidade à AN, especialmente na adolescência, devido à maior influência das pressões socioculturais que ocorrem nessa fase.

Ao se procurar a síntese de perspectivas psicanalíticas e desenvolvimentais, facilmente se pode concluir que ambas salientam a presença de dificuldades na regulação das emoções, resultantes essencialmente de problemas nas relações familiares. Em uma leitura teórica mais abrangente, seria de se integrar, nesse ponto, também o contributo dos autores sistêmicos (e.g., Carter & McGoldrick, 1995; Minuchin et al., 2009). Estes consideram que a adolescência não é um processo vivido apenas pelo adolescente, mas sim por toda a família que enfrenta um conjunto de tarefas com impacto na consolidação da independência e estabilidade emocional do adolescente. Observando famílias de crianças e adolescentes com transtornos alimentares, Minuchin et al. (2009) identificaram padrões de interação característicos como aglutinação, superproteção, rigidez, baixo nível de resolução de conflitos e triangulação dos pacientes com os pais. Esses autores descreveram a existência de uma interação circular na qual a doença do filho interagia com os padrões familiares, estabelecendo um processo “reverberativo e progressivo” (p. 144).

Em termos cronológicos, é possível salientar que é da conciliação das perspectivas psicanalíticas e desenvolvimentais que surge a conceptualização de Taylor et al. (1997). Esses autores não possuem propriamente um modelo teórico específico, mas apresentam uma leitura do fenômeno da AN com base na sua experiência clínica e empírica sobre a regulação dos afetos. Assumindo uma etiologia multifatorial, Taylor et al. entendem os transtornos alimentares como perturbações da regulação dos afetos. Na ausência de competências de autorregulação, os indivíduos com propensão para o transtorno alimentar são indevidamente influenciados por fatores externos (e.g., ideais da cultura) na determinação da imagem corporal.

À semelhança de Taylor et al., outros peritos têm proposto formulações semelhantes, concebendo a sintomatologia alimentar como um meio para o restabelecimento da regulação de estados emocionais e de outros aspectos do self (e.g., Petterson, 2004). Comportamentos como a restrição alimentar, a ingestão compulsiva e os comportamentos compensatórios são interpretados como respostas para regular estados emocionais intensos ou relativamente indiferenciados (Taylor et al., 1997). A regulação pode ocorrer por diferentes vias, quer restringindo a experiência afetiva (Clinton, 2006), quer desviando a atenção das emoções negativas para o corpo e a alimentação (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Overton et al., 2005).

Outros comportamentos impulsivos não relacionados com a comida, como a autoagressão, o abuso de substâncias e a desinibição sexual que, por vezes, acompanham os transtornos alimentares, são também vistos como manobras para regular estados de humor flutuantes. Os sintomas depressivos e de ansiedade também se podem desenvolver secundariamente com o mesmo objetivo. Esses sintomas perpetuam e exacerbam a perturbação de regulação básica, estabelecendo um círculo vicioso (Taylor et al., 1997).

A influência da vertente emocional no desenvolvimento da AN tem sido igualmente valorizada nos modelos teóricos propostos mais recentemente que procuram integrar os dados obtidos a partir de vários domínios da investigação: comportamental, cognitiva, psicofisiológica (cf. Connan et al., 2003; Hatch et al., 2010; Southgate et al., 2005; Treasure et al., 2012). Em concreto, estes defendem que existe uma vulnerabilidade para a doença caracterizada pela hipersensibilidade a emoções negativas (Hatch et al., 2010) e pela incapacidade para lidar com as dificuldades (Connan et al., 2003; Southgate et al., 2005). Essa vulnerabilidade poderá ter implicações em nível do sistema cerebral de resposta ao estresse, em específico, à desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (Connan et al., 2003; Southgate et al., 2005). Perante a presença de um estressor, o indivíduo tende a procurar meios que permitam regular as emoções aversivas. Aqui a restrição alimentar poderá cumprir essa função, estando, assim, reunidas as condições para o desenvolvimento da AN (Hatch et al., 2010; Treasure et al., 2012).

A adolescência será um período privilegiado para tal, não apenas porque exige o confrontar-se com situações de maior impacto emocional como a puberdade e a integração no grupo de pares, à semelhança do que se propõe o modelo etiológico da psicopatologia do desenvolvimento, mas também porque tem associadas mudanças biológicas que alteram os níveis de serotonina (Hatch et al., 2010). Um desequilíbrio na homeostase da serotonina pode afetar o humor e o controle de impulsos, bem como o aspecto hedônico do comportamento alimentar (Southgate et al., 2005).

Como consequência secundária do desequilíbrio nutricional, podem surgir dificuldades no funcionamento socioemocional (Treasure et al., 2012). A inanição aumenta a perda de consciência interoceptiva em consequência da incapacidade para usar o feedback corpo-mente. Adicionalmente, o evitamento alimentar continuado condiciona a relação que se estabelece com a

comida, que passa a ser percebida como perigosa, em vez de recompensante (Hatch et al., 2010).

Esse ciclo promove a manutenção da doença e adquire contornos que ultrapassam a própria pessoa com AN. Normalmente, a regulação emocional deficitária tem impacto nas pessoas próximas (e.g., cuidadores) provocando nelas uma reação emocional pautada pela ansiedade, evitamento, superproteção e hostilidade. Por sua vez, essa reação é frequentemente reproduzida pelo próprio paciente que tem dificuldades em identificar as emoções e, com elas, lidar. Tal situação cria um ciclo vicioso de deterioração socioemocional que carece de intervenção (Treasure et al., 2012).

Leitura integradora dos modelos teóricos em torno dos fatores emocionais

Neste ponto apresentamos uma proposta de integração dos modelos explanados, considerando que os seus contributos podem ser vistos de forma complementar. A revisão desses modelos etiológicos sobre a AN permite concluir que as dificuldades emocionais identificadas nesse transtorno podem resultar de uma diversidade de fatores intrapsíquicos e contextuais (familiar e sociocultural) que operam em diferentes fases do ciclo de desenvolvimento. Em nível intrapsíquico, as dificuldades em regular emoções podem surgir devido à falta de consciência sobre as experiências internas (Bruch, 1962) e/ou hipersensibilidade a emoções negativas (Hatch et al., 2010). Essas características resultam de uma vulnerabilidade inata (Hatch et al., 2010) ou uma desestruturação do self adquirida ao longo do desenvolvimento (Goodsitt, 1997). Em idades precoces, as dificuldades no relacionamento com a mãe poderão originar a sensação de falta de controle (Selvini-Palazzoli, 1985) e de confiança nos sentimentos (Bruch, 1962). Controlar a alimentação pode constituir uma tentativa de autonomização (Recalcati, 2003) e um veículo para

reduzir a onipotência da mãe (Lancan, 1994), especialmente em relações simbióticas favorecidas pela falência da função da figura paterna (Bidaud, 1998). Adicionalmente, outros padrões de interação familiar como a aglutinação, superproteção, rigidez, baixo nível de resolução de conflitos ou evitação destes, poderão comprometer o desenvolvimento da capacidade de regular emoções (Minuchin et al., 2009).

Os problemas na regulação emocional tendem a manifestar-se frequentemente no período da adolescência, pela reorganização significativa que esse período exige em termos da vivência corporal e relacionamento com os outros (Smolak & Levine, 1996). As mudanças corporais decorrentes da puberdade podem gerar conflitos internos, sobretudo se, durante a infância e na relação com os pais, o corpo foi alvo de sensações de alienação, imperfeição e descontrole. Nesse contexto, a inanição pode representar uma forma de cessar o processo de feminização e minimizar a ambivalente identificação com a mãe (Selvini-Palazzoli, 1985). A par desses conflitos, surgem também alterações hormonais (e.g., desequilíbrio na homeostase da serotonina; Hatch et al., 2010) que podem afetar o humor e o controle de impulsos (Southgate et al., 2005). Durante a adolescência, toda a família enfrenta um conjunto de tarefas de desenvolvimento com impacto na estabilidade emocional do adolescente (Carter & McGoldrick, 1995; Minuchin et al., 2009), pelo qual, o seu papel deverá também ser considerado.

Na ausência de competências de regulação emocional, os indivíduos com propensão para o transtorno alimentar são indevidamente influenciados por fatores externos, como os ideais de beleza (Taylor et al., 1997), desviando a atenção das emoções negativas para o corpo e a alimentação (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Overton et al., 2005). O comportamento alimentar desadaptativo passa a ser utilizado como estratégia para regular estados emocionais (Hatch et al., 2010; Taylor et al., 1997; Treasure et al., 2012). Como consequência secundária do

desequilíbrio nutricional, determinadas funções cerebrais afetadas acentuam as dificuldades no funcionamento socioemocional (Treasure et al., 2012). Esse ciclo promove a manutenção da doença.

Processamento emocional na anorexia nervosa: Evidência empírica

Várias competências emocionais têm sido estudadas na AN e sintetizadas em revisões sistemáticas da literatura (Hatch et al., 2010; Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2011) e meta-análises (Bora & Köse, 2016; Caglar-Nazali et al., 2014; Davies et al., 2016; Oldershaw et al., 2015; Westwood et al., 2017). Para facilitar a abordagem das principais conclusões destes estudos, usaremos como referência o modelo de Williams et al. (2008) que organiza as competências emocionais ao longo de um contínuo temporal constituído por três fases: emoções, pensamentos e sentimentos, e autorregulação.

A primeira fase envolve as respostas automáticas não conscientes geradas a partir de um estímulo emocional. A literatura nesse domínio aponta para a presença de um desvio atencional para estímulos emocionais na AN, no sentido de evitamento (Hatch et al., 2010; Oldershaw et al., 2011). Esse evitamento poderá ser sustentado pela tendência para vivenciar as emoções de uma forma mais intensa (Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres, et al., 2011).

A segunda fase acontece a um nível consciente e corresponde à experiência subjetiva da emoção. Dificuldades nessa fase podem estar relacionadas com a alexitimia - uma perturbação que se define como a incapacidade para exprimir as emoções, sob a forma de sentimentos, por intermédio da linguagem. As características mais salientes dessa perturbação são: (a) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; (b) dificuldade em distinguir os sentimentos de sensações corporais decorrentes da atividade emocional; (c) processos imaginativos limitados (poucos sonhos ou fantasias); e (d) estilo cognitivo orientado para o exterior. As duas últimas

características são consideradas elementos básicos do pensamento operatório, evidenciando a pobreza ou ausência de fantasias e a preocupação com detalhes pontuais de acontecimentos externos (Taylor et al., 1997). Os indivíduos com alexitimia podem, aparentemente, ser bem adaptados e integrados socialmente, no entanto, mantêm uma relação superficial com os outros como forma de evitar a perda do controle sobre o corpo, os atos e os sentimentos (Fernandes & Tomé, 2001).

No que concerne ao estudo da alexitimia na AN, existe atualmente um considerável volume de trabalhos que têm tentado definir a sua prevalência. Numa revisão crítica da literatura, (Nowakowski et al., 2013) encontraram 59 estudos realizados com amostras de pacientes com transtornos alimentares. As taxas de prevalência são particularmente elevadas na AN, atingindo os 50% na grande maioria dos estudos (Torres, Guerra, Lencastre, Vieira, et al., 2011). Considerando os critérios de diagnóstico de AN propostos na versão do DMS-5 (American Psychiatric Association, 2013) a prevalência da alexitimia parece ser ainda superior – 62.4% (Torres et al., 2019). A constatação de que a alexitimia é frequente na AN adquire uma maior expressão, quando se tem em conta a prevalência na população geral (10-20%). Estatisticamente, a saliência das características alexitímicas nos pacientes com AN em relação às pessoas saudáveis, tem sido igualmente comprovada (Westwood et al., 2017). Há de se salientar que essa perturbação cognitivo-afetiva é relativamente estável na AN, não variando em função do peso, duração da doença e medicação psiquiátrica (Torres et al., 2015).

Ainda relativamente à segunda fase do processamento emocional, os estudos de revisão que incidem sobre competências emocionais mais específicas têm apontado resultados consistentes com os descritos na alexitimia. A tomada de consciência das emoções parece afetada, observando-se uma pobre consciência emocional e reduzida clareza sobre as emoções

geradas (Oldershaw et al., 2015). Perante uma tarefa experimental, Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres, et al. (2011), constataram, contudo, que as anoréxicas com alexitimia conseguiam diferenciar a valência e a intensidade das emoções sentidas frente a cenas hipotéticas.

Adicionalmente, verificaram que o padrão emocional dos participantes com AN era semelhante ao do grupo de controle em relação a situações genéricas cotidianas. O padrão emocional apenas se distinguiu em situações associadas à AN que envolviam a alimentação, o peso ou a forma corporal, originando emoções mais intensas e de tonalidade negativa (tristeza, medo, vergonha, culpa e angústia). Esses resultados sugerem que a diferenciação entre emoções positivas e negativas pode ocorrer na AN, em função da proximidade ou distância de objetivos pessoais.

A terceira fase do processamento de emoções inclui o conceito de regulação emocional. A recente meta-análise realizada por Oldershaw et al. (2011) concluiu que os indivíduos com AN, comparativamente com participantes saudáveis, tendiam a usar mais estratégias de regulação emocional “desadaptativas” e menos estratégias “adaptativas”. Em concreto, foram detetadas diferenças no uso de um largo espectro de estratégias, como o estilo de resolução de problemas negativo, comparação externa/social, subjugação, ruminação, evitamento de conflitos e supressão emocional. Relativamente a esta última, é de acrescentar que a sua presença pode não ser inteiramente explicada pela reduzida consciência emocional. A dificuldade em expressar sentimentos, pode dever-se a um medo intenso de lidar com emoções que são percebidas como avassaladoras para o self (Fox & Power, 2009). No geral, os estudos nesse domínio permitem concluir que as dificuldades de regulação emocional são uma dimensão presente na AN. A alexitimia poderá exercer influência nesse processo, condicionando a aprendizagem de estratégias novas que permitam lidar com as emoções de forma adaptativa, sem recorrer ao comportamento alimentar (Brown et al., 2018).

A juntar a essas dificuldades no processamento das próprias emoções, a literatura tem também apontado a presença de outras limitações com implicações na relação com o outro. Em particular, tem sido associado a esse transtorno alimentar uma incapacidade para reconhecer emoções nos outros a partir de expressões faciais (Caglar-Nazali et al., 2014; Hatch et al., 2010; Oldershaw et al., 2011) bem como inferir emoções a partir de situações hipotéticas (Bora & Köse, 2016; Caglar-Nazali et al., 2014; Oldershaw et al., 2011). Do ponto de vista da expressão não-verbal, está também documentada uma reduzida expressividade facial perante estímulos emocionais (Davies et al., 2016).

Esta súpula de dados empíricos permite, assim, sustentar a tese assumida por vários modelos etiológicos da AN de que as dificuldades no processamento emocional são uma característica central na definição do transtorno. Essas dificuldades parecem enraizadas em um processo de evitamento emocional, que se inicia em um nível subconsciente, modulando as experiências e respostas emocionais sequentes.

O refinamento dos modelos teóricos passará agora por perceber até que ponto essa vulnerabilidade emocional pode ser atenuada com a melhoria da sintomatologia alimentar e vice-versa. Na formulação dos modelos falta também clarificar até que ponto outros quadros co-ocorrentes na AN, como a depressão e a ansiedade, podem interferir na expressão ou agravamento das dificuldades de processamento emocional. Ou seja, na prática, importa compreender se os problemas emocionais observados são tendencialmente uma característica traço ou estado. Importa também olhar para os processos emocionais a partir de uma lente mais experiencial, baseada nas experiências internas dos indivíduos, de forma a complementar a base comportamental que tem imperado até então, acrescentando conhecimento, inclusive, à compreensão da etiologia das dificuldades emocionais. No seu conjunto, os estudos longitudinais

e as metodologias qualitativas poderão auxiliar neste sentido. Em consequência, poderão resultar abordagens terapêuticas mais eficazes no tratamento do transtorno.

Psicoterapia orientada para as emoções na anorexia nervosa

Os estudos descritos tendem a concluir que, perante a dificuldade em regular emoções, os indivíduos com AN tendem a usar comportamentos desadaptativos, como o jejum ou a ingestão compulsiva, como estratégia para lidar com estados emocionais negativos, perpetuando, assim, a expressão clínica da patologia alimentar (Speranza et al., 2007). A promoção de competências emocionais abre a possibilidade de o indivíduo com AN modular os afetos negativos relacionados com o corpo e, em consequência, quebrar o ciclo reforçador da insatisfação corporal. Outras características tipicamente associadas à AN podem também ser minoradas com a intervenção na área emocional, tais como, o forte sentido de ineficácia e os problemas de relacionamento interpessoal, que se estimam relacionados com a dificuldade de reconhecimento e comunicação das próprias emoções (Kucharska-Pietura et al., 2004). De igual forma, o risco de suicídio - uma das principais causas de morte na AN (Herzog et al., 2000) - pode ser reduzido, se o paciente com esse transtorno estiver mais capacitado para modular cognitivamente as emoções negativas (Hintikka et al., 2004). É de se realçar ainda que, no contexto terapêutico, a alexitimia coloca obstáculos que dificultam a progressão do tratamento. A dificuldade em identificar sentimentos pode reduzir a capacidade de adaptação a situações de estresse, e o estilo de pensamento orientado para o exterior pode limitar a eficácia das estratégias terapêuticas (Speranza et al., 2007). Dessa forma, o trabalho, na área emocional, deverá ser encarado como uma dimensão central no tratamento da AN.

Abordando especificamente a intervenção na alexitimia, esta recai, sobretudo, no aumento da consciência emocional. O desenvolvimento da capacidade para integrar sentimentos,

cognições e diferenciar estados emocionais, pode ser estimulado pelo treino da identificação e nomeação de emoções, em paralelo com a discussão sobre os estados emocionais e cognições associadas. Nesse contexto, a terapia cognitivo-comportamental demonstra bons resultados na recuperação a longo-prazo, pois se centra na modificação das distorções cognitivas e das atitudes e comportamentos disfuncionais (Hintikka et al., 2004). As investigações preliminares sobre esse tipo de terapia têm revelado efeitos positivos também ao nível do tratamento da AN (Wilson et al., 2007).

Na definição dos aspectos específicos da intervenção, realçamos o contributo do trabalho de Krystal que, apesar de datar de 1979, se revela como pertinente e atual. Krystal apresenta um conjunto de tarefas terapêuticas com vista à canalização da atenção do indivíduo com alexitimia para a sua forma de comunicar. A primeira tarefa consiste em ajudar a pessoa a observar a natureza das suas dificuldades, fazendo-a perceber a vivência das emoções como reações fisiológicas e sensações corporais. A segunda tem como objetivo auxiliar o indivíduo a desenvolver tolerância aos afetos. Observar com eles o modo como experienciam e reagem às emoções, poderá ajudar a aceitá-las. Na terceira tarefa, é privilegiada a verbalização gradual das emoções. Essa fase é transversal a vários modelos teóricos e consiste em auxiliar a pessoa a reconhecer, diferenciar e seleccionar as palavras certas para descrever o que sente. Assim, a auto-observação reflexiva e a expressão de sentimentos é estimulada.

Não menos importantes são as situações que podem servir de base à descrição dos sentimentos e, aqui, deve-se dar privilégio a contextos que foquem aspectos específicos da AN. Essencialmente, situações que tenham implicações na alimentação, peso e forma corporal são relevantes, em consonância com a hipótese de haver na AN um esquema desadaptativo de

processamento de informação associado a esses temas, do qual potencialmente resultam emoções negativas (Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres, et al., 2011).

Em suma, essas são apenas algumas linhas de orientação que poderão servir de base à intervenção na alexitimia na AN. Os programas de intervenção têm revelado resultados encorajadores, denotando-se uma melhoria na capacidade de autorreflexão, bem como em outros indicadores terapêuticos, tais como a ansiedade e a depressão (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004).

Ao nível do tratamento ainda deverá ser considerada a contribuição das abordagens psicanalíticas, cujos pressupostos se mantêm válidos. O uso desta abordagem poderá ser útil para a compreensão do significado dos sintomas, das dinâmicas interpessoais e da resistência inconsciente ao tratamento. A ênfase nas relações e nas alterações da consciência interoceptiva é de especial relevância para a intervenção neste transtorno (Abbate-Daga et al., 2016).

Não obstante a diversidade de abordagens disponíveis atualmente, convém referir que as taxas de recuperação na AN ainda não são as desejáveis. Para que haja aumento na eficácia do tratamento, torna-se essencial o desenvolvimento de novas abordagens (Le Grange, 2016). Especificamente, na área emocional, têm emergido, ao longo dos últimos anos, formas alternativas de psicoterapia na AN. Destacamos cinco abordagens: Dialectical Behavior Therapy (Wisniewski & Kelly, 2003), Mindfulness-based interventions (Bishop et al., 2004), Emotion Acceptance Behaviour Therapy (Wildes & Marcus, 2011), Emotion-Focused Therapy (Dolhanty & Greenberg, 2009) e Cognitive remediation and emotion skills training (CREST; Tchanturia et al., 2015). A generalidade dessas abordagens enquadra-se no que tem sido considerada a “terceira vaga de terapias cognitivo-comportamentais” (Pérez-Alvarez, 2012), cujas intervenções se caracterizam pela aplicação dos princípios da terapia cognitivo-comportamental clássica, mas

com ênfase ao contexto e à função dos sintomas. Essas abordagens apresentam várias características em comum, a começar pela forma como concebem os sintomas da AN e a sua estreita relação com o evitamento emocional. A importância atribuída à consciência emocional e à aceitação das emoções, bem como a valorização do contexto e da experiência interna, representam outros pontos de convergência. A abordagem destes aspectos, que são característicos e diferenciadores do transtorno, poderá ser a chave para o desenvolvimento de um tratamento mais eficaz (Le Grange, 2016; Linardon et al., 2017).

Considerações finais

Neste artigo, apresentou-se uma revisão teórica dos modelos etiológicos da AN que procuram definir o papel das dificuldades emocionais no desenvolvimento dessa patologia. Para complementar essa grelha teórica, sistematizaram-se os recentes dados empíricos que reforçam a importância das emoções no curso e no desenvolvimento da AN. Na nossa perspectiva, os modelos teóricos e os dados da pesquisa convergem na importância atribuída às dificuldades de processamento emocional enquanto fator etiológico e de manutenção da AN. Estas dificuldades parecem ser o reflexo de uma diversidade de fatores intrapsíquicos e contextuais, nomeadamente familiar e sociocultural, que operam em diferentes fases do ciclo de desenvolvimento. Manifestam-se através de uma reduzida consciência emocional que, na prática, poderá instalar-se como uma estratégia de evitamento emocional perante a hipersensibilidade a emoções negativas. O evitamento emocional parece iniciar-se a um nível subconsciente, modulando as experiências e respostas emocionais seguintes. A dificuldade em lidar com emoções tende a tornar-se mais saliente no período da adolescência, pela reorganização significativa que essa fase exige em termos da vivência do corpo e do relacionamento interpessoal. Perante a ausência de formas adaptativas para lidar com estas exigências, o comportamento alimentar ganha espaço para se

afirmar como estratégia de coping. Ao longo do tempo as dificuldades no funcionamento socioemocional acentuam-se, como consequência secundária do desequilíbrio nutricional, alimentando este ciclo e promovendo a manutenção do transtorno. Neste contexto, o desenvolvimento de competências de percepção, diferenciação e regulação de emoções deverá ser encarado como uma dimensão central no tratamento da AN.

Referências

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Amianto, F., & Fassino, S. (2016). A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(4), 553-580. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0265-9>
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive–compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242-247. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.242>
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.70>
- Becker-Stoll, F., & Gerlinghoff, M. (2004). The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 159-163. <https://doi.org/10.1002/erv.566>
- Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mítica: Uma abordagem psicanalítica*. Companhia das Letras.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bora, E., & Köse, S. (2016). Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A specific impairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa?

International Journal of Eating Disorders, 49(8), 739-740.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22572>

Brown, T. A., Avery, J. C., Jones, M. D., Anderson, L. K., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2018).

The impact of alexithymia on emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa over time. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 150-155.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.2574>

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.

Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., Deriziotis,

S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkevari, E., Micali, N., & Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders.

Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 42, 55-92.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.002>

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar* (2ª ed.). Artmed.

Clinton, D. (2006). Affect Regulation, object relations and the central symptoms of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 203-211.

<https://doi.org/10.1002/erv.710>

Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 79(1), 13-24.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00101-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00101-X)

Connors, M. (1996). Developmental vulnerabilities for eating disorders. In L. Smolak, M. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders* (pp. 285-310). LEA.

- Davies, H., Wolz, I., Leppanen, J., Fernandez-Aranda, F., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2016). Facial expression to emotional stimuli in non-psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 64, 252-271. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.02.015>
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 366-382. <https://doi.org/10.1002/cpp.624>
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 97-115.
- Fox, J. R. E., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 240-267. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.626>
- Freud, S. (1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 3-66). Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1923).
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. In *Handbook of treatment for eating disorders*, 2nd ed. (pp. 205-228). The Guilford Press.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. M. (2010). Anorexia nervosa: Towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review*, 18(3), 165-179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.974>

- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M. A., & Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 20-26. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1<20::AID-EAT3>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<20::AID-EAT3>3.0.CO;2-X)
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Tanskanen, A., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2004). Alexithymia and suicidal ideation: A 12-month follow-up study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.008>
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Kret, M. E., & Ploeger, A. (2015). Emotion processing deficits: A liability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 52, 153-171. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.02.011>
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33(1), 17-31. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1979.33.1.17>
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., & Treasure, J. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 42-47. <https://doi.org/10.1002/eat.10219>
- Lancan, J. (1994). *Le séminaire. Livre IV. La relation d'objet*. Seuil.

- Le Grange, D. (2016). Anorexia nervosa in adults: The urgent need for novel outpatient treatments that work. *Psychotherapy*, 53(2), 251-254. <https://doi.org/10.1037/pst0000057>
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, 125-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.005>
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W. (2009). *Famílias e casais: Do sintoma ao sistema*. Artmed.
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 970-988. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.001>
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>
- Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating disorders – The regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(1), 39-56. <https://doi.org/10.1007/s10880-005-0911-2>
- Pérez-Alvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.

- Petterson, R. (2004). Nameless desire: Alexithymia and the anorexic patient. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 77-90.
<https://doi.org/10.1023/B:TJJP.0000017992.93812.c6>
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío, anorexias, dependencias, psicosis*. Manancial.
- Sayers, J. (1988). Anorexia, psychoanalysis, and feminism: Fantasy and reality. *Journal of Adolescence*, 11(4), 361-371. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(88\)80035-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-1971(88)80035-6)
- Selvini-Palazzoli, M. (1985). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Jason Aronson.
- Smolak, L., & Levine, M. (1996). Adolescent transitions and the development of eating problems. In L. Smolak, M. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders* (pp. 3-29). LEA.
- Southgate, L., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2005). Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice. *Journal of Mental Health*, 14(6), 553-566. <https://doi.org/10.1080/09638230500347541>
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.03.008>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>

- Tchanturia, K., Doris, E., Mountford, V., & Fleming, C. (2015). Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: Self-reported outcomes. *BMC Psychiatry*, 15, 53. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0434-9>
- Torres, S., & Guerra, M. P. (2007). Psicologia da saúde e anorexia nervosa. In J. C. Teixeira (Ed.), *Psicologia da Saúde: Contextos e Áreas de Intervenção* (pp. 187-233). Climpesi Editores.
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Miller, K., Vieira, F. M., Roma-Torres, A., Brandão, I., & Costa, P. (2015). Alexithymia in anorexia nervosa: The mediating role of depression. *Psychiatry Research*, 225(1), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.023>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., & Vieira, F. (2011). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(2), 100-111. <https://doi.org/10.1002/erv.1046>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Vieira, F., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2011). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60.
- Torres, S., Guerra, M. P., Miller, K., Costa, P., Cruz, I., Vieira, F. M., Brandão, I., Roma-Torres, A., & Rocha, M. (2019). Factorial validity of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in clinical samples: A critical examination of the literature and a psychometric study in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(1), 33-46. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9562-y>
- Treasure, J., & Cardi, V. (2017). Anorexia nervosa, theory and treatment: Where are we 35 years on from Hilde Bruch's foundation lecture? *European Eating Disorders Review*, 25(3), 139-147. <https://doi.org/10.1002/erv.2511>

- Treasure, J., Corfield, F., & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 431-438.
<https://doi.org/10.1002/erv.2181>
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66-81.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2011). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 421-427.
<https://doi.org/10.1002/eat.20826>
- Williams, L. M., Gatt, J. M., Hatch, A., Palmer, D. M., Nagy, M., Rennie, C., Cooper, N. J., Morris, C., Grieve, S., Dobson-Stone, C., Schofield, P., Clark, C. R., Gordon, E., Arns, M., & Paul, R. H. (2008). The integrate model of emotion, thinking and self regulation: an application to the "paradox of aging". *Journal of Integrative Neuroscience*, 7(3), 367-404.
<https://doi.org/10.1142/s0219635208001939>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *The American Psychologist*, 62(3), 199-216. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.3.199>
- Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 131-138.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80021-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80021-4)