



Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**O Potencial Terapêutico dos Psicadélicos na Reconfiguração Cognitiva
da Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares**

Catarina Marques Diniz Santos 25777

Orientador de Dissertação:

PROF. NUNO TORRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. NUNO TORRES

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada
sob a orientação de Prof. Nuno
Torres apresentada no ISPA –
Instituto Universitário para
obtenção de grau de Mestre na
especialidade de Psicologia
Clínica

Agradecimentos

A elaboração e conclusão desta dissertação representam, para mim, uma conquista que transcende o domínio académico. Este percurso foi vivido com genuíno entusiasmo, dedicação e paixão, a concretização de um desejo que me acompanha desde o primeiro dia da licenciatura. A escolha deste tema foi profundamente intencional, guiada por propósito e significado pessoal, e sinto-me verdadeiramente grata por ter dado forma a algo tão íntimo e próximo do meu coração.

Em primeiro lugar, expresso a minha mais sincera gratidão ao meu orientador, Professor Nuno Torres, pela disponibilidade constante, pelas reflexões partilhadas e pelo incentivo que me acompanhou ao longo de todo o processo. Agradeço por ter acreditado em mim e na minha visão, e por ter sido um guia essencial para o desenvolvimento e amadurecimento desta dissertação.

Deixo um agradecimento especial às participantes que, com coragem e generosidade, partilharam as suas histórias, vivências e vulnerabilidades. Sem cada uma delas, este trabalho não teria sido possível. A cada palavra dita, gesto e silêncio, deixo o meu mais profundo obrigada.

Aos meus pais, mãe e pai, agradeço por todo o amor, paciência e confiança incondicional. Nada disto teria sido possível sem o apoio que sempre me deram, por estarem ao meu lado em cada etapa, por acreditarem em mim e sustentarem cada uma das minhas escolhas com amor e compreensão.

Ao meu namorado, Manel, obrigada por seres a minha força constante, a voz que me ampara e me recorda do meu valor nos momentos de dúvida. Obrigada por acreditares neste projeto tanto quanto eu, por acompanhares cada fase com dedicação e ternura. Não existem palavras, nem vidas, suficientes para expressar o amor e a gratidão que sinto por ti.

Às minhas amigas e amigos, que celebram as minhas conquistas como se fossem suas, obrigada por acreditarem em mim, por me lembrar todos os dias do meu propósito e da minha vocação. Tenho muita admiração por todos vocês, são fonte de inspiração e referência. Cada um de vocês ocupa um lugar especial neste caminho e no meu coração. (Vera Salminen, Joana Machado, Beatriz Silva, Marta Carvalhais, Filipa Monteiro, Leonor Mendes, Madalena Mira, Eva Luna, Filipa Gomes, Madalena Florence, Ricardo Gonçalves, Sara Rodrigues, Francisca Sanchez, Miguel Pita, Gustavo Miranda e Jorge Abecassis) Obrigada por me acompanharem com tanto amor e amizade genuína.

Um agradecimento especial às minhas primas Maria João e Joana Marques, duas psicólogas admiráveis que sempre foram fonte de inspiração e exemplo. São referência. Obrigada por todas as palavras de incentivo, pela ajuda e pelo carinho que tantas vezes me deram força para continuar.

Em especial, quero dedicar esta dissertação à mulher que me deu o nome e cuja ausência é uma presença constante: a minha avó Alice. A saudade que sinto é imensa e imensurável, impossível de traduzir em palavras, é uma força silenciosa que me guia todos os dias. E ao meu avô José Luís, um agradecimento profundo pelo colo, pelo carinho e pelo amor incondicional.

A todos, o meu mais sincero obrigada. Este trabalho é também vosso, nas palavras, na inspiração e no amor que me sustentou até ao fim.

Resumo

As perturbações alimentares constituem quadros psicopatológicos complexos, caracterizados por uma relação disfuncional com o corpo, a alimentação e a perceção de controlo, refletindo rigidez cognitiva e emocional significativas. A Anorexia Nervosa, como manifestação extrema dessa dinâmica, revela resistência terapêutica e elevada taxa de recaída. Face às limitações dos tratamentos convencionais, tem emergido um interesse crescente pelos psicadélicos, como a psilocibina e o LSD, pelo seu potencial de promover estados expandidos de consciência e reconfiguração cognitiva. Esta dissertação, de natureza mista, integra uma revisão literária e um estudo empírico qualitativo. Na primeira parte, foram analisados nove estudos clínicos sobre o uso de psicadélicos no tratamento da Anorexia Nervosa e de outras perturbações alimentares, explorando os seus efeitos sobre os domínios cognitivos, emocionais e relacionais. Na segunda parte, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com quatro participantes com historial de perturbações alimentares, centradas na história pessoal, relação com o corpo e experiências terapêuticas com psicadélicos. Os resultados sugerem que os psicadélicos podem facilitar a flexibilização cognitiva, a autoaceitação e a reconexão emocional e corporal, possibilitando uma reconfiguração de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento. Conclui-se que a terapia assistida por psicadélicos representa uma via promissora na intervenção em perturbações alimentares, embora a investigação ainda exija maior consolidação empírica e rigor metodológico.

Palavras-chave: Perturbações alimentares; Anorexia Nervosa; Psicadélicos; Psilocibina; Flexibilidade cognitiva; Terapia assistida por psicadélicos.

Abstract

Eating disorders are complex psychopathological conditions characterized by a dysfunctional relationship with the body, food, and the perception of control, reflecting significant cognitive and emotional rigidity. Anorexia Nervosa, as an extreme manifestation of this dynamic, shows strong therapeutic resistance and a high relapse rate. Given the limitations of conventional treatments, there has been a growing interest in psychedelics, such as psilocybin and LSD, for their potential to promote expanded states of consciousness and cognitive reconfiguration. This dissertation, of mixed-method nature, integrates a literature review and a qualitative empirical study. In the first part, nine clinical studies on the use of psychedelics in the treatment of Anorexia Nervosa and other eating disorders were analyzed, exploring their effects on cognitive, emotional, and relational domains. In the second part, semi-structured interviews were conducted with four participants with a history of eating disorders, focusing on their personal history, relationship with the body, and therapeutic experiences with psychedelics. The results suggest that psychedelics may facilitate cognitive flexibility, self-acceptance, and emotional and bodily reconnection, enabling the reconfiguration of dysfunctional patterns of thought and behavior. It is concluded that psychedelic-assisted therapy represents a promising avenue for the intervention in eating disorders, although further empirical consolidation and methodological rigor are still required.

Keywords: Eating disorders; Anorexia Nervosa; Psychedelics; Psilocybin; Cognitive flexibility; Psychedelic-assisted therapy.

Índice

Agradecimentos	III
Resumo	V
Abstract	VI
Introdução	1
Enquadramento teórico	2
Diagnóstico e Classificação da Anorexia Nervosa e das Perturbações Alimentares no DSM-5, CID-11 e PDM-2	2
Anorexia Nervosa: Conceituação, Prevalência e Impacto Epidemiológico e Evolução Clínica	5
Abordagem Psicanalítica na Anorexia Nervosa e Distúrbios Alimentares	7
Rigidez Cognitiva, Distorção da Imagem Corporal e Funcionamento Psíquico.....	11
Tratamentos Convencionais da Anorexia Nervosa: Limites e Desafios.....	13
Intervenções Psicoterapêuticas.....	15
História, Mecanismos e Contextos Terapêuticos dos Psicadélicos	17
Psicadélicos e Plasticidade: O Papel da Neuroflexibilidade.....	20
Experiência Introspectiva e Regulação Emocional.....	23
Terapia Assistida por Psicadélicos na Anorexia Nervosa	30
Evidências Empíricas: Estudos e Casos Clínicos	31
1. Remissão de Anorexia Nervosa Crônica com Dieta Cetogênica e Cetamina: Um Estudo de Caso	31
2. Caso Clínico: Cetamina em paciente com Anorexia Nervosa e Perturbação Depressiva Major.....	32
3. Efeitos positivos dos psicadélicos em pessoas com distúrbios alimentares: estudo transversal.....	33
4. Psicadélicos, Espiritualidade e Sintomatologia em Alimentação Desordenada: Estudo Transversal Comunitário	33
5. Ayahuasca e Recuperação de Transtornos Alimentares: Uma Pesquisa Exploratória Qualitativa	34
6. Experiências Terapêuticas com Ayahuasca e Tratamentos Convencionais em Transtornos Alimentares.....	35
7. Perspetivas de Pacientes com Transtornos Alimentares sobre Terapias Psicadélicas: Estudo de Questionário Online.....	37
8. Infusões de Cetamina no Tratamento de Comportamentos Compulsivos em Transtornos Alimentares.....	38
9. Estudo Fase 1 com Psilocibina em Mulheres com Anorexia Nervosa: Viabilidade e Resultados Preliminares:.....	39
Discussão	42
Espiritualidade e Sentido de Transcendência	42

Reconexão Emocional, Autoaceitação e Compaixão	42
Redução de Sintomatologia e Rígidos Padrões Cognitivos	43
Perspetivas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas integradas.....	43
Síntese teórica: reconfiguração do self, imagem corporal e mudança terapêutica	44
Entrevistas e Análise Qualitativa	44
Objetivos e Contexto do Estudo Qualitativo	44
Participantes	45
Procedimento	46
Análise de Dados	47
Procedimento de Análise	48
Resultados Qualitativos	48
Categoria 1 – Infância e Relações Familiares (Anexo A).....	49
1. Ansiedade de Separação	50
2. Instabilidade Familiar	50
3. Tentativa de Controlo.....	50
4. Problemas com a Amamentação	51
5. Vinculação	51
6. Tentativa de Controlo do Objeto Materno.....	51
Categoria 2 - Relações com os Pares e Autoimagem (Anexo B)	52
1. Vergonha Narcísica e Ferida Especular.....	52
2. Rivalidade e Ideal do Eu	52
3. Procura de Validação e Amor Condicional.....	53
4. Isolamento Defensivo e Retraimento Social	53
5. Corpo como Objeto de Mediação Relacional	53
6. Autoimagem Fragmentada e Alienação do Corpo	54
7. Reconciliação com o Self Corporal	54
Categoria 3 – Espiritualidade e Religião (Anexo C).....	54
1. Crença como Fonte de Sentido e Orientação.....	55
2. Relação com a Religiosidade Institucional	55
3. Espiritualidade como Prática de Proteção e Segurança	55
4. Vivência Espiritual como Valor Ético e Relacional	56
5. Crença e Aceitação da Impermanência/Sufrimento.....	56
6. Gratidão e Presença	56
Categoria 4 – Expectativas e Conhecimento Prévio sobre Psicadélicos (Anexo D).....	56
1. Grau de Conhecimento Prévio e Fontes de Informação	57

2. Crenças Associadas aos Psicadélicos.....	57
3. Motivação e Intenção de Uso.....	57
4. Expectativas em Relação à Experiência Subjetiva.....	58
5. Medos, Resistências e Preconceitos Prévios.....	58
C 5 – Experiência com Psicadélicos (Anexo E)	59
1. Contexto e preparação da experiência (Setting).....	59
2. Intensidade e qualidade da experiência subjetiva.....	59
3. Confronto emocional e conteúdos emergentes / Morte do Ego	59
4. Experiência corporal e reconexão somática	60
5. Insights e reconfiguração cognitiva	60
6. Sentido espiritual e existencial atribuído à experiência.....	60
7. Integração pós-experiência e impacto duradouro.....	60
Categoria 5 – Impacto Pós-Experiência (Anexo F)	61
1. Autoimagem e Autocompaixão	61
2. Regulação Emocional e Ansiedade	61
3. Integração de Insights	61
4. Benefício Terapêutico.....	62
Discussão Análise Qualitativa.....	69
Discussão Final Integrada	74
Reconfiguração Cognitiva e Flexibilização Psíquica	75
Reconexão Emocional e Regulação Afetiva.....	75
Espiritualidade e Sentido de Transcendência.....	76
Vinculação, Controlo e Transformação Identitária	76
Integração Terapêutica e Implicações Clínicas	77
Conclusão.....	77
Referências Bibliográficas	80
Anexos	104
Anexo A. Tabela 2 - *Infância e Relações Familiares*	104
Anexo B. Tabela 3 - *Relações com os Pares/ Autoimagem*	107
Anexo C. Tabela 4 - *Espiritualidade e Religião*	110
Anexo D - Tabela 5 - *Expectativas e Conhecimentos Prévio sobre Psicadélicos*	113
Anexo E - Tabela 6 - *Experiência com Psicadélicos*	115
Anexo F - Tabela 7 - *Impacto Pós-Experiência*	118
Anexo G. 1ª Entrevista - I	121
Anexo H. 2ª Entrevista - K.....	135

Anexo I. 3ª Entrevista - J	149
Anexo J. 4ª Entrevista - V	162
Anexo K. Consentimento Informado K	176
Anexo L. Consentimento Informado V	177
Anexo M. Consentimento Informado J	178
Anexo N. Consentimento Informado V	179

Introdução

A Anorexia Nervosa é uma perturbação alimentar complexa, caracterizada por uma restrição alimentar autoimposta, distorção da imagem corporal e um medo intenso de ganhar peso (APA, 2013). Afeta predominantemente mulheres jovens e apresenta uma das maiores taxas de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos (Arcelus et al., 2011). Apesar dos avanços na compreensão da doença, os tratamentos atualmente disponíveis continuam a apresentar taxas de recaída elevadas e respostas terapêuticas limitadas (Treasure et al., 2020). A rigidez cognitiva, frequentemente observada em pacientes com Anorexia Nervosa, tem sido apontada como um fator central na manutenção do transtorno e na resistência terapêutica (Tchanturia et al., 2012).

As perturbações alimentares constituem quadros psicopatológicos graves, caracterizados por padrões persistentes de perturbação do comportamento alimentar e de preocupação excessiva com o peso, a forma corporal e o controlo da ingestão (American Psychiatric Association [APA], 2022). Entre as principais entidades clínicas destacam-se a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, que apresentam elevada morbidade psicológica e física, podendo conduzir a complicações médicas severas e risco aumentado de mortalidade (Arcelus et al., 2011; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). A etiologia destas perturbações é multifatorial, envolvendo interações complexas entre vulnerabilidades genéticas, fatores neurobiológicos, traços de personalidade, experiências adversas precoces e pressões socioculturais relacionadas com padrões de beleza e magreza (Culbert, Racine, & Klump, 2015; Treasure, Duarte, & Schmidt, 2020). Além do sofrimento individual, as perturbações alimentares impactam significativamente a funcionalidade social e a qualidade de vida, representando um desafio clínico e de saúde pública (Treasure et al., 2020).

Nas últimas décadas, os psicadélicos clássicos, como a psilocibina, têm sido objeto de um renovado interesse científico, sobretudo devido ao seu potencial em promover estados mentais flexíveis e experiências de insight profundo (Carhart-Harris et al., 2018). Estes

compostos demonstraram eficácia em diversas condições psiquiátricas, nomeadamente na depressão resistente, ansiedade existencial e stress pós-traumático (Griffiths et al., 2016; Davis et al., 2020). A sua capacidade de induzir estados alterados de consciência, muitas vezes acompanhados por vivências místicas ou de dissolução do ego, levanta a hipótese de que os psicadélicos possam atuar na desconstrução de padrões cognitivos rígidos, precisamente um dos núcleos psicopatológicos da Anorexia Nervosa.

Esta tese propõe-se a dois objetivos, primeiramente realizar uma revisão integrativa da literatura recente sobre o uso de psicadélicos como coadjuvantes terapêuticos na Anorexia Nervosa e perturbações alimentares, com especial foco na reconfiguração cognitiva promovida por estas substâncias. Adicionalmente, foram realizadas entrevistas qualitativas com participantes diagnosticadas com perturbações alimentares que tiveram experiências com substâncias psicadélicas em distintos contextos. Para tal, serão analisadas perspetivas de base cognitivo-comportamental, bem como lentes psicodinâmicas, de modo a proporcionar uma leitura abrangente do potencial terapêutico dos psicadélicos no contexto desta patologia complexa. Ao centrar-se na flexibilidade psicológica, plasticidade neuronal e transformação da autoimagem, esta investigação visa contribuir para a compreensão dos mecanismos através dos quais os psicadélicos podem vir a integrar novas abordagens terapêuticas para a Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares

Ao longo do trabalho, serão exploradas questões centrais como de que forma a terapia assistida por psicadélicos pode contribuir para o tratamento da Anorexia Nervosa e de outras perturbações alimentares, quais os mecanismos psicológicos e neurocognitivos envolvidos, e como estas experiências podem promover mudanças significativas na relação com o corpo e com o self.

Enquadramento teórico

Diagnóstico e Classificação da Anorexia Nervosa e das Perturbações Alimentares no DSM-5, CID-11 e PDM-2

As perturbações alimentares constituem um grupo de transtornos complexos que envolvem padrões desadaptativos de alimentação, distorções cognitivas em torno da imagem corporal e prejuízos significativos na saúde física e psicológica. Entre estas, a Anorexia Nervosa é uma das patologias mais estudadas, sendo caracterizada pela restrição alimentar extrema, pelo medo intenso de engordar e pela distorção da perceção do corpo (American

Psychiatric Association [APA], 2013). A compreensão e a classificação desses distúrbios sofreram transformações significativas nas últimas décadas, refletindo uma tentativa de harmonizar critérios diagnósticos com a realidade clínica e as evidências empíricas. Enquanto o DSM-5 e o CID-11 enfatizam critérios descritivos e comportamentais, o PDM-2 propõe uma perspectiva complementar, centrada na experiência subjetiva e no funcionamento intrapsíquico do sujeito (Mirabella et al., 2023).

O DSM-5 (APA, 2013) organiza as perturbações alimentares na secção “Feeding and Eating Disorders” e inclui: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Perturbação da Compulsão Alimentar Periódica (binge eating disorder), Perturbação Evitativa/Restritiva da Ingestão Alimentar (avoidant/restrictive food intake disorder – ARFID), outras perturbações especificadas (Other Specified Feeding or Eating Disorder – OSFED) e não especificadas (Unspecified Feeding or Eating Disorder – UFED). Essa estrutura reflete um avanço em relação ao DSM-IV, ao incluir novas categorias clínicas e eliminar critérios restritivos que limitavam o diagnóstico, como a amenorreia obrigatória para mulheres (Fairburn & Cooper, 2014).

Segundo o DSM-5, o diagnóstico de Anorexia Nervosa requer três critérios essenciais: restrição da ingestão energética em relação às necessidades, resultando em peso corporal significativamente baixo, medo intenso de ganhar peso ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo em situações de baixo peso e perturbação na forma como o peso e a forma corporal são vivenciados, com influência indevida na autoavaliação ou negação da gravidade da condição (APA, 2013). A perturbação é subdividida em dois subtipos: tipo restritivo, quando não há episódios de compulsão ou purga, e tipo compulsivo/purgativo, quando o sujeito apresenta comportamentos compensatórios como vômitos, uso de laxantes ou exercício excessivo (APA, 2013). A gravidade é definida de forma gradual (leve, moderada, severa e extrema) com base no índice de massa corporal (IMC), embora o julgamento clínico seja igualmente determinante (Claudino et al., 2019).

Além da Anorexia, o DSM-5 descreve outras perturbações de relevo. A Bulimia Nervosa caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, ocorrendo pelo menos uma vez por semana durante três meses (APA, 2013). O transtorno de compulsão alimentar periódica (binge eating disorder) envolve episódios recorrentes de ingestão alimentar excessiva sem o uso de purgas, e foi reconhecido pela primeira vez como categoria formal no DSM-5, refletindo avanços nas pesquisas sobre obesidade e regulação emocional (Fairburn & Cooper, 2014). Já o ARFID

descreve restrições alimentares não motivadas por preocupações estéticas, mas por questões sensoriais, medo de engasgo ou ausência de interesse em comer (Thomas et al., 2017). Por fim, o OSFED abrange apresentações clínicas relevantes que não preenchem integralmente os critérios de Anorexia Nervosa ou Bulimia, como a Anorexia atípica (peso normal, mas com distorção corporal e restrição) ou a bulimia de baixa frequência (APA, 2013).

A Classificação Internacional de Doenças, 11.^a Revisão (CID-11), publicada pela Organização Mundial da Saúde, manteve a estrutura dos distúrbios alimentares sob a categoria “Feeding and Eating Disorders”, mas introduziu mudanças relevantes (World Health Organization [WHO], 2022). Entre as principais atualizações, destacam-se: a eliminação da amenorreia como critério diagnóstico, a ampliação do critério de “baixo peso” para “peso corporal significativamente baixo”, a inclusão de episódios de compulsão subjetiva e a redução da dependência de categorias residuais (Claudino et al., 2019). O CID-11 reconhece que os sintomas podem variar ao longo do tempo e propõe critérios mais flexíveis, com maior foco na gravidade e no impacto funcional (Quadflieg et al., 2023).

De acordo com o CID-11, o diagnóstico de Anorexia Nervosa requer a presença de restrição alimentar persistente resultando em peso corporal significativamente baixo, medo intenso de engordar ou resistência persistente a esse ganho, e distorção na percepção do corpo ou negação da gravidade da magreza (WHO, 2022). A classificação permite ainda subtipos e graus de severidade, como “com peso corporal perigosamente baixo” ou “sem recuperação de peso após tratamento”. O CID-11 também reconhece a existência de quadros subclínicos e especifica que o diagnóstico deve ser contextualizado de acordo com o desenvolvimento, o gênero e as condições médicas do paciente (Claudino et al., 2019).

Estudos comparativos indicam que a concordância diagnóstica entre o DSM-5 e o CID-11 é elevada, aproximadamente 95% a 98%, embora existam divergências em casos limítrofes, como Anorexia atípica e Bulimia de baixa frequência (Quadflieg et al., 2023). O CID-11 tende a ser mais inclusivo, permitindo enquadrar casos que, no DSM-5, seriam classificados como OSFED, ao aceitar definições mais amplas de compulsão alimentar e de baixo peso corporal (Quadflieg et al., 2023).

Embora os manuais descritivos sejam fundamentais para padronizar diagnósticos, a abordagem psicodinâmica proposta pelo Psychodynamic Diagnostic Manual – 2.^a Edição (PDM-2) oferece uma leitura complementar, centrada na vivência subjetiva e nos processos mentais subjacentes (Lingiardi & McWilliams, 2017). O PDM-2 organiza o diagnóstico em três eixos: P (personalidade), M (funcionamento mental) e S (síndromes e experiências subjetivas dos sintomas). No contexto das perturbações alimentares, o eixo S analisa como o

sintoma é vivido internamente, sentimentos de vazio, vergonha, autocontrole e perfeccionismo, enquanto o eixo P identifica traços de personalidade (por exemplo, traços obsessivos, evitativos ou borderline) frequentemente associados (Mirabella et al., 2023).

A Anorexia, sob a lente do PDM-2, é compreendida não apenas como uma restrição alimentar, mas como uma forma de regulação psíquica diante de angústias relacionadas à identidade, à dependência e ao controle. O corpo, nesse contexto, torna-se o meio de expressão de conflitos inconscientes e de tentativas de afirmação do eu (Lingiardi & McWilliams, 2017). Assim, o PDM-2 considera que pacientes com o mesmo diagnóstico DSM podem apresentar perfis psíquicos distintos, o que tem implicações diretas na escolha e no prognóstico terapêutico (Mirabella et al., 2023).

Enquanto o DSM-5 e o CID-11 contribuem com precisão descritiva e operacionalização diagnóstica, o PDM-2 amplia o campo de compreensão clínica, integrando dimensões emocionais, relacionais e identitárias. Essa complementaridade entre modelos é particularmente útil na Anorexia Nervosa, em que o sintoma corporal reflete não apenas disfunções cognitivas e comportamentais, mas também significados simbólicos ligados ao controle, à falta e à identidade (Lingiardi & McWilliams, 2017; Mirabella et al., 2023). Assim, uma abordagem integrada entre os sistemas descritivos e o PDM-2 possibilita uma avaliação mais abrangente e humanizada, articulando a objetividade diagnóstica com a subjetividade da experiência clínica.

Anorexia Nervosa: Conceituação, Prevalência e Impacto Epidemiológico e Evolução Clínica

A Anorexia Nervosa é uma perturbação alimentar grave, caracterizada por restrição persistente da ingestão alimentar que conduz a um peso corporal significativamente baixo em relação ao esperado para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e estado de saúde (American Psychiatric Association [APA], 2022). O diagnóstico segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) exige, além da restrição alimentar, medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o indivíduo está abaixo do peso, e alteração da percepção do corpo ou do peso, incluindo influência indevida da forma corporal na autoavaliação ou negação da gravidade do baixo peso atual (APA, 2022). O DSM-5-TR define ainda dois subtipos: restritivo, em que a perda de peso resulta predominantemente de dietas severas, jejuns ou exercício físico excessivo; e compulsão alimentar/purgativo, em que

ocorrem episódios de compulsão alimentar ou purgação (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou diuréticos) (APA, 2022).

A avaliação diagnóstica deve ser abrangente e multidimensional, envolvendo história clínica detalhada, exame físico, indicadores laboratoriais e avaliação psicossocial (Zipfel et al., 2015). Instrumentos de rastreio, como o Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), podem apoiar a caracterização sintomatológica, mas não substituem a entrevista clínica (Fairburn & Beglin, 2008). O diagnóstico diferencial inclui outras perturbações alimentares (p. ex., Bulimia Nervosa), transtornos depressivos, perturbações de ansiedade, condições médicas que cursam com perda ponderal e transtornos obsessivo-compulsivos (Treasure, Duarte, & Schmidt, 2020).

A Anorexia Nervosa é uma das perturbações psiquiátricas com maior mortalidade e uma das doenças mentais mais graves em termos de impacto funcional e risco físico (Arcelus et al., 2011). A prevalência pontual na população feminina adolescente e jovem adulta varia entre 0,3% e 0,8%, enquanto em homens é substancialmente mais baixa, estimando-se entre 0,02% e 0,3% (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012; Micali et al., 2013). Estudos epidemiológicos recentes sugerem, no entanto, que a incidência tem aumentado nas últimas décadas, especialmente em faixas etárias mais jovens e em indivíduos do sexo masculino, refletindo possíveis mudanças culturais, maior pressão estética e melhoria na detecção clínica (Galmiche et al., 2019).

Apesar da prevalência ser relativamente baixa comparada com outras perturbações alimentares, o peso da doença em termos de incapacidade e mortalidade é desproporcionadamente elevado. A taxa de mortalidade padronizada (SMR) da Anorexia Nervosa situa-se entre 5,86 e 10,5 vezes superior à da população geral, sendo a combinação de complicações médicas decorrentes da desnutrição e suicídio responsável por grande parte dos óbitos (Arcelus et al., 2011; Smink et al., 2012). A Anorexia Nervosa é frequentemente associada a elevada comorbilidade psiquiátrica, incluindo depressão maior, transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo, o que contribui para pior prognóstico e aumento do risco de suicídio (Zipfel et al., 2015; Kaye et al., 2013).

A evolução clínica da Anorexia Nervosa é tipicamente crónica e heterogénea. Embora uma parte significativa dos indivíduos recupere parcialmente ou totalmente, uma proporção considerável desenvolve curso prolongado ou cronicidade (Treasure et al., 2020). Estudos longitudinais indicam que aproximadamente 46% dos pacientes alcançam recuperação completa, enquanto 33% mantêm sintomas parciais e cerca de 20% evoluem para um curso crónico (Eddy et al., 2017). A duração média da doença antes de recuperação significativa

pode variar entre 6 e 7 anos, embora alguns casos se prolonguem por décadas (Zipfel et al., 2015; Eddy et al., 2017).

Fatores associados a prognóstico mais desfavorável incluem início precoce e curso prolongado antes do tratamento, comorbidades psiquiátricas (particularmente ansiedade e traços obsessivo-compulsivos), níveis elevados de perfeccionismo, rigidez cognitiva e suporte familiar limitado (Treasure & Schmidt, 2013; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). A recuperação não é apenas definida pela normalização do peso corporal, mas também pela reconstrução da flexibilidade cognitiva e emocional, melhoria da relação com a alimentação e reestruturação da autoimagem corporal (Fairburn et al., 2015).

Apesar da gravidade clínica, intervenções precoces baseadas em modelos psicoterapêuticos especializados, como a terapia familiar baseada em evidência (FBT) em adolescentes e terapias cognitivo-comportamentais adaptadas para Anorexia Nervosa, estão associadas a maior taxa de remissão e melhor funcionamento psicossocial (Lock & Le Grange, 2019; Treasure et al., 2020). Contudo, uma proporção relevante de pacientes permanece resistente ao tratamento padrão, reforçando a necessidade de abordagens inovadoras, incluindo terapias que integrem componentes de regulação emocional, flexibilidade cognitiva e novas estratégias farmacológicas e psicadélicas atualmente em investigação (Treasure et al., 2020; Hay & Touyz, 2018).

Abordagem Psicanalítica na Anorexia Nervosa e Distúrbios Alimentares

A Anorexia Nervosa é uma psicopatologia classificada como transtorno alimentar onde o sujeito recusa a alimentação devido à distorção da percepção sentida, relativamente à sua forma física e ao seu peso corporal. (Queiroz et al., 2021).

No que diz respeito à classificação e diagnóstico feito às luzes da psiquiatria, entende-se a sintomatologia como uma manifestação da patologia que leva a um diagnóstico médico e um tratamento padrão do mesmo. A perspectiva psicanalítica é fundamental para compreender os elementos subjetivos implicados, por meio da escuta atenta do discurso sobre a sua condição, a fim de promover uma vivência que transcenda a doença e possibilite a articulação do seu comportamento com a sua história e modos de ser. Dentro da perspectiva médica, a Anorexia Nervosa é, em essência, considerada um transtorno alimentar. No entanto, sob a

ótica psicanalítica, ela pode ser compreendida a partir de múltiplas abordagens, todas elas relacionadas à vivência subjetiva do sujeito (Queiroz et al, 2021).

Ao se discutir a Anorexia Nervosa no campo da psicanálise, é crucial compreender que esta pode manifestar-se não apenas como neurose, mas também como psicose. Quando se foca especificamente na Anorexia Nervosa associada à neurose, torna-se relevante discutir a temática da separação, já que esta condição está diretamente relacionada à maneira como o sujeito lida com a ausência do Outro (Neto, 2006).

Baseando-se nos conceitos psicanalíticos de alienação e separação, compreende-se que, nos primeiros anos de vida da criança, ocorre uma identificação com os elementos significativos do Outro, sendo este processo a alienação, o sujeito constrói-se a partir do Outro. Ao longo do desenvolvimento da criança, dá-se gradualmente um distanciamento desse Outro, originando um espaço para a mesma construir de sua própria identidade e subjetividade. No entanto, mesmo reconhecendo-se como um ser distinto, a criança continua a vivenciar ameaças e exigências externas. Ao analisar a Anorexia Nervosa, na perspectiva psicanalítica, observa-se que o sujeito passa por um processo de separação que não se conclui de forma satisfatória. A criança acaba por permanecer numa posição onde o desejo pessoal é substituído pela expectativa do Outro, desta forma fica “presa” ao que este deseja (Bastos & Silva, 2006).

Segundo Freud (1905/ 1996), a Anorexia pode ser compreendida à luz da fase oral da sexualidade humana, fase esta onde o prazer está associado à alimentação e ao cuidado materno. É nesse contexto que a mãe exerce um papel fundamental, não apenas de nutrir a criança com alimento, mas também proporcionando amor. Quando a mãe falha nesse processo, seja por excesso ou por ausência, pode potencialmente gerar no inconsciente da criança um desejo de ser amada e alimentada por ela, o que, por sua vez, é reprimido e deslocado para outras formas de expressão. Na Anorexia Nervosa, essa dinâmica reflete-se na dificuldade da mãe em assumir um papel afetivo e alimentar, o que conduz a uma presença materna ausente. O sujeito, então, pode ficar preso a essa falta, dificultando sua transição da esfera das necessidades físicas para a dos desejos subjetivos, o que é essencial para o desenvolvimento psíquico (Vieira, 2008).

Diante disso, a recusa alimentar na Anorexia Nervosa pode ser interpretada como uma negação simbólica do ato de comer ou mesmo de pensar sobre isso, pois o sujeito sente-se dominado pelo desejo do Outro. Dessa maneira, instala-se um mecanismo de defesa em que o sujeito escolhe o “nada” como forma de existência. Ao rejeitar o alimento, o sujeito tenta instituir uma falta, um vazio que se impõe sobre qualquer possibilidade de satisfação, fazendo

com que a Anorexia vá além do simples “não comer”. O “nada” torna-se, portanto, uma posição subjetiva marcada pela rejeição à dependência e ao plano simbólico (Fuks & Pollo, 2010).

A compreensão dos distúrbios alimentares à luz da psicanálise implica uma leitura que transcende a dimensão comportamental e médica, explorando as raízes simbólicas e afetivas que se inscrevem na história do sujeito. Nessa perspectiva, a recusa alimentar, o controlo obsessivo do corpo ou a compulsão não são apenas manifestações sintomáticas, mas expressões de conflitos psíquicos, modos de defesa e tentativas de lidar com a angústia e o desejo. A psicanálise entende que o sintoma alimentar reflete uma organização subjetiva construída a partir da relação primária com o Outro, especialmente a mãe, e que carrega em si marcas profundas das primeiras experiências de vínculo, separação e constituição do eu (Carvalho, 2013; Ferreira, 2019).

Segundo Freud (1996), o desenvolvimento libidinal do sujeito inicia-se na fase oral, momento em que a satisfação e o prazer estão ligados à alimentação e ao contacto com o seio materno. Nesta fase, o ato de alimentar não é apenas biológico, mas também afetivo, constituindo o primeiro canal de comunicação entre o bebé e a mãe. Quando essa relação é atravessada por frustrações precoces, rejeição, ausência emocional ou excesso de cuidado, pode instaurar-se uma perturbação simbólica que se traduz, mais tarde, em dificuldades relacionadas à alimentação e à dependência afetiva (Ferreira, 2019). Assim, a oralidade deixa de ser apenas um modo de satisfação corporal para tornar-se um espaço psíquico onde se inscrevem as experiências de amor, falta, ansiedade e rejeição.

O vínculo inicial com a mãe, tal como formulado por Winnicott (1965), é determinante para o amadurecimento emocional. A mãe “suficientemente boa” oferece um ambiente de segurança e de presença afetiva estável, que permite ao bebé integrar gradualmente as experiências de ausência e presença, formando um self coeso. Quando essa função falha, seja por negligência, inconsistência ou intrusividade, a criança pode desenvolver ansiedades primárias e dificuldades em lidar com a falta e a separação, que mais tarde se expressam sob a forma de sintomas, entre os quais se encontram os distúrbios alimentares. Dessa forma, o alimento passa a simbolizar o amor, o vínculo e o controlo, e o corpo converte-se em palco onde se inscrevem as tensões entre o desejo de fusão e o medo da invasão (Ferreira, 2019; Winnicott, 1965).

Do ponto de vista da teoria lacaniana, a constituição do sujeito ocorre num duplo movimento: a alienação e a separação. Nos primeiros anos de vida, a criança identifica-se com o Outro, geralmente a mãe, através do olhar e da linguagem, construindo-se a partir dos

significantes que este lhe oferece. Este processo, designado por alienação, é essencial para a emergência do eu, mas deve ser seguido por uma etapa de separação, na qual o sujeito se diferencia do desejo materno e começa a construir o seu próprio desejo (Neto, 2006; Bastos & Silva, 2006). Quando essa separação não ocorre de forma satisfatória, o sujeito permanece preso ao desejo do Outro, vivendo sob a sua exigência simbólica. No caso da Anorexia, observa-se frequentemente esta falha na separação: o sujeito, para afirmar a sua autonomia, nega o alimento, símbolo do cuidado e da dependência e tenta instaurar o “nada” como forma de existência, recusando tanto o alimento quanto o vínculo (Fuks & Pollo, 2010; Vieira, 2008).

A recusa alimentar, portanto, pode ser interpretada como uma tentativa inconsciente de negar o desejo do Outro, um protesto simbólico contra a invasão e a dependência. O corpo torna-se o território onde se joga o conflito entre o desejo de ser e o medo de desaparecer na relação com o Outro. Nesse contexto, o controlo do peso e a magreza extrema não são apenas objetivos estéticos, mas formas de inscrever uma ausência um vazio que representa a tentativa de separação e de criação de uma identidade própria (Vieira, 2008). O “nada” é, assim, uma posição subjetiva que simboliza resistência, recusa e, paradoxalmente, a busca por reconhecimento.

A função paterna, na leitura psicanalítica, desempenha papel essencial nesse processo. É o pai ou a função simbólica que o representa que introduz a lei e a interdição, mediando a relação mãe-filho e permitindo a diferenciação entre os desejos. Quando essa função está ausente ou fragilizada, a mãe tende a permanecer como figura central, onipotente, impedindo a entrada do sujeito no campo simbólico da diferença (Vieira, 2008). Essa ausência da função paterna, frequentemente observada em famílias de pacientes com Anorexia, reforça a fusão simbólica com a mãe e impossibilita a construção de uma identidade autónoma. O sintoma alimentar, nesse caso, surge como tentativa desesperada de instaurar uma falta e afirmar uma existência separada, uma forma de dizer “eu não sou o que tu queres que eu seja”.

As ansiedades e os medos presentes nos distúrbios alimentares refletem, portanto, não apenas a relação com o alimento, mas uma relação primária com o amor, a rejeição e o abandono. O medo de engordar pode esconder o medo de ser invadido, e o desejo de controle pode mascarar a necessidade de amor e reconhecimento (Ferreira, 2019). A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa são expressões distintas de um mesmo impasse: o conflito entre dependência e autonomia, entre a necessidade de ligação e o pavor da fusão. Através do corpo, o sujeito tenta gerir simbolicamente a falta, transformando o alimento e a sua ausência em linguagem.

Rigidez Cognitiva, Distorção da Imagem Corporal e Funcionamento Psíquico

A rigidez cognitiva é um dos fenótipos mais consistentes observados na Anorexia Nervosa e refere-se à dificuldade em modificar padrões de pensamento e comportamento perante novas informações ou contextos, mesmo quando estes exigem flexibilidade para adaptação (Tchanturia et al., 2012). Este funcionamento inflexível manifesta-se em várias áreas: na alimentação, através da manutenção persistente de dietas restritivas e regras rígidas; no perfeccionismo extremo; e na dificuldade em integrar perspetivas alternativas sobre o corpo e a identidade pessoal (Roberts et al., 2010; Holliday et al., 2005).

Do ponto de vista emocional, a rigidez cognitiva está fortemente ligada a estratégias de evitamento emocional e à dificuldade de tolerar afeto negativo ou ambivalente (Shafran et al., 2002; Harrison et al., 2014). Indivíduos com Anorexia Nervosa tendem a apresentar intolerância à incerteza e medo intenso de perda de controlo, utilizando padrões cognitivos rígidos como mecanismos defensivos para reduzir ansiedade e angústia (Treasure & Schmidt, 2013). Este funcionamento favorece uma visão dicotómica (“tudo ou nada”) sobre alimentação, peso e autoestima, sustentando o perfeccionismo clínico e a manutenção de comportamentos restritivos mesmo perante evidências do seu risco físico (Boone et al., 2014). Além disso, a baixa flexibilidade emocional dificulta o processamento adaptativo de experiências relacionais e pode aumentar a resistência à mudança terapêutica, uma vez que o sintoma alimentar atua como um regulador interno de emoções intoleráveis (Harrison et al., 2014; Danner et al., 2012).

Sob a perspetiva neurológica, estudos de neuroimagem funcional demonstram alterações em redes cerebrais associadas ao controlo cognitivo, flexibilidade e processamento de recompensas. Em particular, observam-se padrões de hipoatividade no córtex pré-frontal dorsolateral e alterações na conectividade entre o córtex pré-frontal e o estriado, comprometendo a capacidade de “mudar de set” em tarefas como o Wisconsin Card Sorting Test (Zastrow et al., 2009; Roberts et al., 2010). Também foram identificadas disfunções na rede fronto parietal e na rede de modo padrão (default mode network), sugerindo que a rigidez cognitiva pode resultar de um desequilíbrio entre processos de auto-referência e controlo executivo (Biezonski et al., 2016; Gaudio et al., 2016). Tais alterações parecem persistir mesmo após recuperação ponderal, indicando que podem representar um traço

vulnerável ou endofenótipo para o desenvolvimento e manutenção da Anorexia Nervosa (Tchanturia et al., 2012; Tenconi et al., 2018).

A interação entre estas dimensões emocionais e neurológicas ajuda a explicar a dificuldade de mudança comportamental característica da Anorexia Nervosa. Por um lado, a intolerância emocional e a necessidade de previsibilidade reforçam esquemas rígidos de pensamento; por outro, disfunções na flexibilidade cognitiva e nos circuitos pré-fronto-estriatais limitam a capacidade de adaptação a novas aprendizagens terapêuticas (Treasure & Schmidt, 2013; Harrison et al., 2014). Assim, compreender a rigidez cognitiva como fenômeno biopsicossocial, envolvendo componentes neuro cognitivos e emocionais, é essencial para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, incluindo abordagens que combinam treino de flexibilidade cognitiva, regulação emocional e psicoterapia focada no self.

A distorção da imagem corporal constitui outro elemento fulcral da Anorexia Nervosa. Trata-se da incongruência entre a percepção subjetiva do corpo e a realidade objetiva, envolvendo dimensões perceptivas (avaliação visual do corpo) e cognitivas-afetivas (sentimentos e pensamentos sobre a aparência) (Cash & Deagle, 1997; Glashouwer et al., 2019). Esta distorção não é apenas um erro visual, mas integra experiências somáticas, afetivas e simbólicas, enraizadas em fatores como crítica corporal precoce, experiências de trauma, controlo parental rígido e idealização cultural da magreza (Treasure & Schmidt, 2013; Kaye et al., 2013). Estudos de neuroimagem sugerem que pessoas com AN apresentam alterações em redes neurais ligadas à integração visual e interoceptiva, como a ínsula e o córtex parietal, contribuindo para uma autoimagem corporal distorcida e resistente à correção cognitiva (Gaudio & Quattrocchi, 2012; Ehrlich et al., 2015).

Sob uma perspetiva psicodinâmica, a recusa alimentar e a busca de magreza extrema podem ser entendidas como mecanismos defensivos contra angústias relacionadas com individuação, feminilidade e sexualidade, funcionando como uma tentativa inconsciente de manter um sentido de controlo perante a vulnerabilidade emocional (Bruch, 1973; Steiner, 1992). O corpo emagrecido, nesse contexto, é interpretado como um “escudo psíquico” que protege contra afetos intoleráveis, medo de abandono e experiências de perda de controlo (Skårderud, 2007). Perspetivas contemporâneas têm conceptualizado a Anorexia Nervosa como um “transtorno do self”, marcado por identidade difusa, integração emocional comprometida e baixa flexibilidade psicológica, o que reforça o apego ao sintoma como forma de autorregulação (Skårderud, 2007; Treasure et al., 2020).

Além disso, vários autores destacam o papel das experiências precoces de vinculação no desenvolvimento da Anorexia Nervosa. Padrões inseguros de vinculação, sobretudo vinculação ansiosa e evitante, associam-se a maior dificuldade em regular emoções, dependência da validação externa e necessidade de controlo sobre o corpo como tentativa de alcançar segurança interna (Ward et al., 2001; Zachrisson & Skårderud, 2010). Relações parentais caracterizadas por controlo intrusivo, elevada exigência de perfeição e dificuldade em validar estados emocionais da criança favorecem um desenvolvimento do self fragilizado, com sentimentos de inadequação e medo de falhar (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978; Tasca & Balfour, 2014).

A relação com a mãe é frequentemente descrita como ambivalente: mães excessivamente preocupadas, controladoras ou emocionalmente imprevisíveis podem dificultar a construção de autonomia e favorecer estratégias defensivas baseadas na conformidade e restrição alimentar (Armstrong & Roth, 1989; Goodsitt, 1997). Por outro lado, pais emocionalmente distantes ou críticos podem reforçar sentimentos de não merecimento e a necessidade de buscar perfeição corporal como forma de obter reconhecimento ou evitar rejeição (Tasca & Balfour, 2014; Zachrisson & Skårderud, 2010).

Assim, a Anorexia Nervosa pode ser compreendida como uma tentativa de construir identidade e autonomia num contexto interno marcado por insegurança afetiva e dificuldade de mentalizar experiências emocionais complexas (Skårderud, 2007; Tasca & Balfour, 2014).

Tratamentos Convencionais da Anorexia Nervosa: Limites e Desafios

O tratamento da Anorexia Nervosa e de outras perturbações alimentares constitui um dos maiores desafios da psiquiatria contemporânea, dada a elevada complexidade clínica, a cronicidade dos quadros e as elevadas taxas de recaída. Apesar da multiplicidade de abordagens terapêuticas existentes, os resultados globais permanecem limitados, o que reforça a necessidade de explorar novas estratégias de intervenção.

Tradicionalmente, as linhas de tratamento dividem-se em intervenções psicoterapêuticas, farmacológicas e nutricionais, frequentemente combinadas em programas multidisciplinares. No domínio psicoterapêutico, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) constitui a intervenção de primeira linha para Bulimia Nervosa e transtorno de compulsão alimentar (Fairburn, 2008). Para Anorexia Nervosa, a TCC tem sido adaptada, mas as taxas

de recuperação completa permanecem baixas, situando-se frequentemente abaixo dos 50% (Watson & Bulik, 2013). A terapia familiar, em particular o modelo de Maudsley (Family-Based Therapy), mostra eficácia em adolescentes com Anorexia, mas revela resultados mais modestos em adultos (Lock & Le Grange, 2015). Outras abordagens, como terapias psicodinâmicas, interpessoais ou sistêmicas, têm sido aplicadas, mas a evidência empírica sobre a sua superioridade em comparação com intervenções padrão é limitada (Zipfel et al., 2015).

No campo farmacológico, diversos ensaios clínicos testaram antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos atípicos e estabilizadores do humor como coadjuvantes no tratamento da Anorexia Nervosa. Contudo, os resultados têm sido pouco consistentes. Uma meta-análise demonstrou que os antidepressivos, incluindo os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), não apresentam eficácia significativa na promoção do ganho ponderal ou na redução da sintomatologia central da Anorexia (Dold et al., 2015). Os antipsicóticos atípicos, como a olanzapina, mostram algum potencial na promoção do peso, mas com efeitos modestos e elevada heterogeneidade nos estudos (Kafantaris et al., 2011; Attia et al., 2019). A ausência de um fármaco aprovado especificamente para a Anorexia nervosa evidencia a insuficiência dos tratamentos farmacológicos disponíveis (Zipfel et al., 2022).

Os tratamentos nutricionais, geralmente realizados em contexto hospitalar ou ambulatorial, centram-se na estabilização médica e na recuperação de peso. Embora sejam cruciais para reduzir a mortalidade imediata, os ganhos alcançados frequentemente não se mantêm a longo prazo, com elevadas taxas de recaída após a alta hospitalar (Treasure et al., 2020). Estima-se que cerca de 30 a 50% dos pacientes com Anorexia Nervosa apresentem recaídas dentro de um ano após o tratamento (Khalsa et al., 2017). Além disso, muitos pacientes resistem ao processo de realimentação, devido ao medo intenso de engordar e à rigidez cognitiva, o que dificulta a adesão terapêutica (Hay, 2020).

De forma geral, a taxa de mortalidade associada à Anorexia Nervosa é a mais elevada entre as perturbações psiquiátricas, situando-se entre 5 e 10% ao longo da vida (Arcelus et al., 2011). Mesmo nos casos de sobrevivência clínica, apenas uma fração atinge remissão total e sustentada. Estudos longitudinais apontam que, após 10 anos de acompanhamento, cerca de 50% dos pacientes recuperam totalmente, 20 a 30% mantêm sintomas residuais e 20% desenvolvem um curso crônico (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Na Bulimia Nervosa e transtorno de compulsão alimentar, as taxas de resposta são superiores, mas as recaídas

continuam a ser frequentes (Linardon, 2018). Estes dados reforçam a noção de que, apesar de avanços no manejo multidisciplinar, a eficácia global permanece aquém do esperado.

As razões para estas baixas taxas de eficácia são múltiplas. Por um lado, os sintomas centrais da Anorexia Nervosa, como a distorção da imagem corporal, a compulsividade e o perfeccionismo, não respondem facilmente a abordagens convencionais (Treasure & Schmidt, 2013). Por outro, fatores de ordem neurobiológica e psicológica, como alterações nos circuitos de recompensa, rigidez cognitiva e padrões de vinculação disfuncionais, parecem sustentar a manutenção da doença mesmo após intervenções intensivas (Schmidt & Campbell, 2013). Acresce ainda a resistência ao tratamento, que constitui um marcador clínico frequente e dificulta a implementação eficaz das terapias propostas (Wallier & Treasure, 2009).

Neste sentido, a literatura tem sublinhado a necessidade de desenvolver novas abordagens terapêuticas, mais centradas nas especificidades cognitivas, emocionais e relacionais da Anorexia Nervosa e de outras perturbações alimentares. Embora as intervenções atuais permitam ganhos clínicos significativos, a persistência de elevadas taxas de recaída e de mortalidade indica que os tratamentos convencionais são insuficientes para responder à complexidade destes transtornos.

Intervenções Psicoterapêuticas

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada o padrão de referência no tratamento das perturbações alimentares, especialmente para Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (Fairburn, 2008). Estudos demonstram taxas de abstinência parcial de episódios de compulsão e purgação que rondam os 40% após tratamento (Linardon, 2018), o que significa que mais de metade dos pacientes mantém sintomatologia significativa. No caso da Anorexia Nervosa, a eficácia da TCC é ainda mais limitada. Watson e Bulik (2013) concluíram que, embora algumas melhorias clínicas possam ser observadas, as taxas de recuperação sustentada são baixas e as recaídas são frequentes, sobretudo em adultos. Ensaio clínicos comparativos, como o estudo ANTOP, revelaram que diferentes modalidades TCC, terapia psicodinâmica focal e tratamento otimizado habitual não diferem significativamente entre si em termos de eficácia, reforçando a ausência de uma intervenção claramente superior (Zipfel et al., 2015).

A terapia familiar, particularmente no modelo de abordagem Maudsley (Family-Based Therapy), mostra maior eficácia em adolescentes com Anorexia Nervosa, em especial quando o tratamento é iniciado precocemente (Lock & Le Grange, 2015). No entanto, os efeitos em adultos são substancialmente mais fracos, sugerindo que a idade e a plasticidade cognitiva desempenham um papel crucial na resposta ao tratamento. Em adultos, terapias psicodinâmicas, interpessoais e sistêmicas apresentam resultados mistos, com taxas de remissão limitadas e impacto maior sobre sintomas psicológicos secundários do que sobre os comportamentos alimentares centrais (Zipfel et al., 2022).

No campo farmacológico, a ausência de tratamentos específicos e aprovados para Anorexia Nervosa constitui um dos maiores obstáculos atuais. Embora os antidepressivos, particularmente os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), tenham eficácia comprovada em Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar (Flament et al., 2012), não demonstram benefícios consistentes na Anorexia Nervosa, nem em termos de aumento de peso, nem na redução de sintomas nucleares (Dold et al., 2015). Os antipsicóticos atípicos, como a olanzapina, revelam algum potencial para promover ganho ponderal, mas os efeitos são modestos, acompanhados de efeitos adversos metabólicos e elevada heterogeneidade entre os estudos (Attia et al., 2019; Kafantaris et al., 2011). Em síntese, a farmacoterapia, embora útil como adjuvante em determinadas condições, não se revela suficiente como estratégia isolada e falha em alterar os mecanismos centrais da doença.

O suporte nutricional, geralmente implementado em internamento ou em programas intensivos, é fundamental para prevenir complicações médicas graves e reduzir a mortalidade imediata (Treasure et al., 2020). No entanto, o ganho de peso obtido em contexto hospitalar raramente se mantém após a alta, com taxas de recaída que variam entre 30% e 50% ao longo do primeiro ano (Khalsa et al., 2017). Este dado sugere que, embora cruciais para estabilização médica, as intervenções nutricionais não conseguem, por si só, abordar os fatores cognitivos e emocionais subjacentes à manutenção da Anorexia Nervosa.

A análise comparativa dos tratamentos evidencia padrões importantes. Em primeiro lugar, as abordagens psicoterapêuticas apresentam eficácia superior em adolescentes, sobretudo através da terapia familiar, enquanto em adultos os resultados são significativamente mais modestos, revelando a dificuldade em modificar padrões cognitivos e emocionais enraizados (Lock & Le Grange, 2015; Zipfel et al., 2022). Em segundo lugar, os fármacos, apesar de largamente utilizados, oferecem apenas benefícios marginais e não influenciam de forma significativa os mecanismos psicopatológicos centrais (Dold et al., 2015). Em terceiro lugar, as intervenções nutricionais e hospitalares são indispensáveis do

ponto de vista médico, mas apresentam eficácia limitada no longo prazo, com elevadas taxas de recaída (Khalsa et al., 2017). Estes achados sugerem que a eficácia terapêutica é fortemente dependente da combinação de abordagens e do início precoce do tratamento, mas mesmo em tais condições a taxa de recuperação completa continua reduzida.

A persistência de baixas taxas de recuperação deve ser entendida à luz da natureza multifatorial das perturbações alimentares. A rigidez cognitiva, a distorção da imagem corporal e os traços de perfeccionismo constituem fatores que dificultam a mudança através de intervenções convencionais (Treasure & Schmidt, 2013). Adicionalmente, fatores neurobiológicos, como alterações em circuitos de recompensa e de controlo inibitório, parecem perpetuar comportamentos alimentares disfuncionais (Schmidt & Campbell, 2013). Finalmente, a resistência intrínseca de muitos pacientes ao tratamento, frequentemente marcada por ambivalência em relação à recuperação, agrava ainda mais a dificuldade em atingir resultados estáveis (Wallier & Treasure, 2009).

Neste contexto, a literatura contemporânea destaca a necessidade de desenvolver estratégias terapêuticas inovadoras que vão além da estabilização médica e do tratamento sintomático. A integração de intervenções baseadas em novas tecnologias, farmacologia experimental e abordagens psicoterapêuticas mais centradas em processos emocionais e relacionais poderá representar um caminho promissor. Contudo, até ao momento, as evidências sublinham a realidade de que, apesar de avanços significativos, os tratamentos convencionais da Anorexia Nervosa e de outras perturbações alimentares continuam a apresentar taxas de eficácia modestas, reforçando o carácter refratário e crónico destes quadros clínicos.

História, Mecanismos e Contextos Terapêuticos dos Psicadélicos

Os psicadélicos acompanham a humanidade desde tempos pré-históricos, integrados em práticas espirituais, curativas e comunitárias. Evidências arqueológicas sugerem que plantas contendo alcalóides psicoativos, como o peyote (*Lophophora williamsii*), eram utilizadas na Mesoamérica há pelo menos 5 700 anos (Bruhn, De Smet, El-Seedi, & Beck, 2002). Entre povos indígenas da Amazônia, a ayahuasca, uma decocção que combina *Banisteriopsis caapi* com plantas ricas em dimetiltriptamina (DMT), é usada há séculos em contextos xamânicos, promovendo cura e conexão espiritual (Labate & Cavnar, 2014). No México, os “teonanácatl”, cogumelos contendo psilocibina, eram consumidos por povos

como mexicas e mazatecas em rituais religiosos e de adivinhação (Guzmán, 2008). Estes usos tradicionais valorizavam o estado psicológico do indivíduo e o ambiente ritual, uma noção que hoje se traduz no conceito de “set and setting”, fundamental para a experiência psicadélica (Hartogsohn, 2016).

No Ocidente, o interesse científico pelos psicadélicos ressurgiu no século XX, especialmente após a descoberta acidental do LSD (dietilamida do ácido lisérgico) por Albert Hofmann em 1943 (Hofmann, 1980). Nas décadas de 1950 e 1960, houve intensa produção científica: mais de mil artigos clínicos foram publicados, envolvendo cerca de 40.000 pacientes em ensaios que exploraram o potencial terapêutico do LSD, da psilocibina e da mescalina no tratamento de depressão, alcoolismo e ansiedade existencial (Grinspoon & Bakalar, 1979; Dyck, 2006). Nessa época surgiram duas abordagens terapêuticas principais: a psicoterapia psicadélica de alta dose, que buscava induzir experiências místicas e transformadoras, e a psicoterapia assistida por psicadélicos com doses moderadas, voltada a facilitar o insight durante várias sessões (Grinspoon & Bakalar, 1979). Contudo, o uso recreativo associado à contracultura dos anos 1960 e a subsequente “guerra às drogas” levaram à inclusão destas substâncias na Lista I da ONU e à interrupção quase total da investigação clínica a partir dos anos 1970 (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2013).

A partir dos anos 1990, iniciou-se um “renascimento psicadélico”, marcado pelo retorno de estudos clínicos controlados. Rick Strassman foi pioneiro ao administrar DMT em humanos em contexto seguro e regulamentado (Strassman, 2001). Posteriormente, grupos de investigação como a Johns Hopkins University e o Imperial College London estabeleceram protocolos rigorosos para avaliar a psilocibina, demonstrando a sua segurança e potencial terapêutico em várias condições psiquiátricas (Griffiths et al., 2006; Carhart-Harris et al., 2016).

Do ponto de vista neurobiológico, psicadélicos clássicos como LSD, psilocibina, mescalina e DMT atuam como agonistas parciais dos recetores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, promovendo alterações significativas na percepção, emoção e cognição (Nichols, 2016). Estudos de neuroimagem mostram que essas substâncias reduzem a conectividade e a atividade da default mode network (DMN), rede associada à autorreferência e à ruminação (Carhart-Harris et al., 2012). Essa redução da rigidez da DMN facilita estados de maior abertura psicológica, experiências de dissolução do ego e insights profundos (Carhart-Harris & Friston, 2019). Além disso, psicadélicos estimulam neuroplasticidade, aumentando a densidade de espinhas dendríticas e promovendo sinaptogénese (Ly et al., 2018). Esse efeito pode sustentar mudanças cognitivas duradouras e ajudar a reconfigurar padrões mentais

rígidos observados em condições como depressão resistente e Anorexia Nervosa (Vollenweider & Preller, 2020).

Do ponto de vista psicológico, experiências místicas e de unidade, caracterizadas por transcendência do tempo e espaço e emoções positivas intensas, têm sido associadas a melhorias clínicas sustentadas (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016). O grau de intensidade dessas experiências parece prever a eficácia terapêutica (Garcia-Romeu et al., 2014). Estas propriedades tornam os psicadélicos particularmente promissores para condições de elevada rigidez cognitiva, como a Anorexia Nervosa, pois abrem janelas de maleabilidade psicológica que facilitam novas aprendizagens e reestruturação do self (Watts, Day, Krzanowski, Nutt, & Carhart-Harris, 2017).

Os contextos clínicos modernos baseiam-se fortemente no conceito de “set and setting”. O “set” refere-se ao estado psicológico do paciente, incluindo expectativas e preparação emocional; o “setting” diz respeito ao ambiente físico e relacional em que ocorre a sessão (Hartogsohn, 2016). Protocolos contemporâneos incluem preparação psicoterapêutica prévia, acompanhamento por terapeutas durante a experiência e sessões de integração para ajudar o paciente a transformar o material experienciado em mudanças comportamentais e cognitivas duradouras.

O avanço da investigação é sustentado por centros de excelência, como o Center for Psychedelic and Consciousness Research da Johns Hopkins University, o Centre for Psychedelic Research do Imperial College London e o UC Berkeley Center for the Science of Psychedelics (Johnson & Griffiths, 2017; Nutt et al., 2013). Ensaios clínicos de fase II e III têm demonstrado eficácia da psilocibina na depressão resistente (Carhart-Harris et al., 2021), na ansiedade em pacientes terminais (Griffiths et al., 2016), no alcoolismo (Bogenschutz et al., 2015) e na dependência de nicotina (Johnson, Garcia-Romeu, Cosimano, & Griffiths, 2014). A Food and Drug Administration (FDA) concedeu à psilocibina o estatuto de “breakthrough therapy” em 2018, acelerando o seu processo de aprovação para depressão resistente (Food and Drug Administration, 2018). Atualmente, também existem estudos em andamento para avaliar o potencial dos psicadélicos no tratamento de distúrbios alimentares, incluindo a Anorexia Nervosa (Watts et al., 2017).

Apesar dos avanços científicos, a aceitação social e cultural dos psicadélicos ainda enfrenta obstáculos significativos. O estigma associado às drogas ilícitas, herança da “guerra às drogas”, continua a dificultar políticas de regulação baseadas em evidência (Nutt et al., 2013). Barreiras culturais incluem narrativas moralistas que associam o uso de substâncias alteradoras da consciência à devassidão ou ameaça à ordem social, além de desigualdades de

acesso a contextos terapêuticos e ensaios clínicos (George, Michaels, Sevelius, & Williams, 2020). Do ponto de vista ético, levantam-se preocupações sobre a apropriação cultural de saberes indígenas e a rápida comercialização de substâncias tradicionalmente usadas em contextos espirituais (Labate & Cavnar, 2014). Além disso, a expansão segura do uso clínico exige protocolos rigorosos de triagem, segurança e formação de terapeutas especializados (Johnson, Richards, & Griffiths, 2008; Hartogsohn, 2016).

Assim, os psicadélicos representam um dos campos mais inovadores da psiquiatria contemporânea. O seu potencial para promover flexibilidade cognitiva, insight emocional e neuroplasticidade, aliado a protocolos terapêuticos cuidadosamente estruturados, sugere um caminho promissor para o tratamento de condições resistentes como a Anorexia Nervosa. Contudo, o futuro da psicoterapia assistida por psicadélicos dependerá da superação de barreiras culturais, sociais e regulatórias, garantindo segurança, equidade no acesso e respeito pelas tradições que inicialmente integraram estas substâncias em práticas de cura.

Psicadélicos e Plasticidade: O Papel da Neuroflexibilidade

Nas últimas décadas, a investigação em psicofarmacologia tem destacado o potencial dos psicadélicos como agentes moduladores da plasticidade cerebral, um fenômeno frequentemente referido como neuroflexibilidade. Este conceito remete para a capacidade do sistema nervoso em reorganizar-se, tanto a nível estrutural como funcional e molecular, em resposta a estímulos internos ou externos. Alterações sinápticas, reorganização das redes neuronais e aumento da flexibilidade cognitiva e emocional são alguns dos efeitos associados ao uso de psicadélicos, os quais têm despertado crescente interesse científico (de Vos et al., 2021; Weiss et al., 2025).

Entre as substâncias mais estudadas encontram-se psicadélicos clássicos, como a psilocibina, o LSD (ácido lisérgico), a DMT (dimetiltryptamina), presente também na ayahuasca, e a mescalina. Para além destes, compostos não-clássicos como o MDMA e a cetamina também apresentam efeitos relevantes na promoção da plasticidade, ainda que por vias farmacológicas distintas.

A psilocibina, extraída de cogumelos do gênero *Psilocybe*, atua sobretudo como agonista parcial dos recetores serotoninérgicos 5-HT_{2A}. Estudos em animais demonstraram que esta substância aumenta a densidade de espinhas dendríticas e favorece o crescimento sináptico, efeitos que se prolongam por semanas (Shao et al., 2021). Em humanos, a

psilocibina provoca alterações na conectividade funcional entre diferentes redes cerebrais, promovendo maior comunicação entre regiões normalmente segregadas, o que se associa a ganhos em flexibilidade cognitiva e emocional (Girn et al., 2022; Siegel et al., 2024).

O LSD partilha mecanismos farmacológicos com a psilocibina, sobretudo na ativação do recetor 5-HT2A, mas distingue-se pela sua maior potência e pela duração prolongada dos efeitos. Estudos pré-clínicos revelaram que o LSD aumenta a expressão de genes imediatos relacionados com plasticidade sináptica e promove a formação de novas ligações dendríticas (Ly et al., 2018). Ensaios com neuroimagem em humanos demonstraram que o LSD aumenta a conectividade global do cérebro e reduz a segregação entre redes, induzindo um estado de maior flexibilidade neural que pode contribuir para o alívio de sintomas depressivos e ansiosos (Preller et al., 2019).

A DMT, substância endógena encontrada em plantas e no preparado ritual ayahuasca, também atua sobre os recetores 5-HT2A. Experiências laboratoriais em modelos animais demonstraram que a DMT estimula neurogênese no hipocampo e promove a formação de novas sinapses funcionais (Morales-García et al., 2020). Em humanos, estudos com ayahuasca revelaram aumentos de BDNF plasmático após a administração, sugerindo um efeito direto sobre mecanismos de plasticidade (de Almeida et al., 2019). Estes resultados indicam que a DMT pode contribuir para a flexibilização de padrões cognitivos rígidos e para a reorganização de circuitos neurais associados à emoção.

A Mescalina, presente em cactos como o Peyote (*Lophophora williamsii*), é um psicadélico clássico que, embora menos investigado em contexto moderno, apresenta perfis neuroplásticos semelhantes. Tal como outros alucinogénios serotoninérgicos, atua predominantemente em recetores 5-HT2A. Estudos sugerem que a mescalina induz alterações na conectividade cerebral e estimula vias de plasticidade sináptica, embora a investigação contemporânea seja ainda limitada (Halberstadt, 2015).

O MDMA, frequentemente classificado como entactógeno, distingue-se por promover estados de empatia e abertura emocional, mas também induz mudanças relevantes na plasticidade cerebral. Atua aumentando a libertação de serotonina, dopamina e oxitocina, modulando processos afetivos e sociais. Estudos recentes mostram que o MDMA eleva os níveis de BDNF e potencia a plasticidade sináptica no córtex pré-frontal, facilitando reaprendizagens emocionais (Nardou et al., 2019). Ensaios clínicos com MDMA em transtorno de stress pós-traumático sugerem que a substância reabre “janelas críticas” de plasticidade, permitindo que experiências psicoterapêuticas tenham maior impacto (Mitchell et al., 2021).

A Cetamina, embora não seja um psicadélico clássico, é um dissociativo com fortes efeitos neuroplásticos. O seu mecanismo central envolve a antagonização dos recetores NMDA, o que aumenta a libertação de glutamato e ativa cascatas intracelulares como mTOR, promovendo rápida formação de sinapses e libertação de BDNF (Duman & Aghajanian, 2012). Estes efeitos explicam os resultados antidepressivos de ação rápida observados em pacientes com depressão resistente, associando-se a uma reabertura temporária da plasticidade no cérebro adulto (Grieco et al., 2022).

De forma geral, estas substâncias convergem na capacidade de potenciar a neuroflexibilidade, embora por mecanismos distintos: os psicadélicos clássicos (psilocibina, LSD, DMT, mescalina) atuam sobretudo em recetores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, desencadeando cascatas intracelulares associadas à libertação de BDNF e à reorganização sináptica (Carhart-Harris & Nutt, 2017; Ly et al., 2018; Vargas et al., 2021). Por outro lado, compostos como a Cetamina intervêm via recetores glutamatérgicos NMDA, modulando a neurotransmissão excitatória e promovendo plasticidade sináptica rápida (Duman & Aghajanian, 2012; Abdallah et al., 2020).

Já o MDMA combina uma ação monoaminérgica mista, estimulando libertação de serotonina, dopamina e oxitocina, resultando em efeitos pró-sociais e aumento da empatia (Mithoefer et al., 2019; Kuypers, 2020). Em comum, observa-se a estimulação de fatores neurotróficos, a promoção de sinaptogénese e a reorganização funcional de redes neuronais, associadas a uma maior flexibilidade cognitiva e emocional (Ly et al., 2018; Inserra, 2018). Estes efeitos são promissores para o tratamento de perturbações caracterizadas por rigidez cognitiva e emocional, como depressão resistente, TEPT, transtorno obsessivo-compulsivo e distúrbios alimentares (Carhart-Harris et al., 2021; Spriggs et al., 2023; Davis et al., 2020).

Apesar dos avanços, persistem limitações, uma vez que muitos resultados provêm de estudos pré-clínicos ou de ensaios clínicos com amostras pequenas (Vollenweider & Preller, 2020). A medição direta de plasticidade em humanos continua desafiante, e fatores contextuais, como o set e o setting, influenciam de forma decisiva os efeitos observados (Hartogsohn, 2016; Carhart-Harris et al., 2018). Assim, embora os dados disponíveis sejam encorajadores, ainda é necessária investigação mais robusta para consolidar o papel clínico destas substâncias na promoção da neuroflexibilidade (Vollenweider & Smallridge, 2022; Nutt & Carhart-Harris, 2021).

Experiência Introspectiva e Regulação Emocional

A capacidade de introspeção e a regulação emocional são dimensões fundamentais da experiência humana e encontram-se frequentemente comprometidas em diferentes quadros psicopatológicos, como depressão, ansiedade, perturbações alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de personalidade e trauma complexo. A introspeção refere-se à habilidade de observar e refletir sobre os próprios estados internos, incluindo pensamentos, emoções e memórias, enquanto a regulação emocional envolve os processos cognitivos e afetivos que permitem modular a intensidade e a duração de respostas emocionais. Quando estas funções estão rigidamente bloqueadas ou desadaptativas, a psicopatologia tende a consolidar-se (Gross, 2015; Mennin et al., 2017).

Nos últimos anos, os psicadélicos emergiram como ferramentas poderosas para explorar e intervir nestes domínios, na medida em que promovem estados alterados de consciência que intensificam a auto-observação e permitem experienciar emoções de forma mais aberta e menos defensiva (Carhart-Harris & Friston, 2019). A literatura científica crescente aponta para a capacidade destes compostos em gerar experiências introspectivas profundas e em facilitar novas formas de regulação emocional, através de mecanismos que incluem alterações neurobiológicas, flexibilização de redes cognitivas e aumento da plasticidade emocional (Hogea et al., 2025; Weiss et al., 2025).

Entre os compostos mais estudados destacam-se os psicadélicos clássicos, como a psilocibina, o LSD, a DMT presente na ayahuasca e a mescalina, bem como os não clássicos, como o MDMA e a cetamina. Apesar de diferenças farmacológicas, todos parecem partilhar a capacidade de promover maior autoexploração emocional e facilitar a integração de conteúdos afetivos difíceis.

A psilocibina, encontrada em cogumelos do género *Psilocybe*, é atualmente um dos psicadélicos mais estudados em contexto clínico. A nível neurobiológico, atua como agonista parcial do recetor 5-HT_{2A}, desencadeando alterações significativas na atividade da rede de modo padrão (default mode network), que está associada ao pensamento autorreferencial e à ruminação (Carhart-Harris et al., 2017). Durante o estado induzido pela psilocibina, observa-se uma diminuição temporária da atividade e conectividade desta rede, permitindo uma maior comunicação entre regiões normalmente segregadas e facilitando estados de consciência menos rígidos (Girn et al., 2022; Siegel et al., 2024).

Do ponto de vista psicológico, estas mudanças traduzem-se em experiências de autoexploração e introspeção intensificada. Os participantes em ensaios clínicos relatam

revisitar memórias emocionais significativas, frequentemente associadas a experiências de culpa, vergonha ou tristeza, mas com uma nova perspectiva marcada por maior aceitação e compaixão (Rucker et al., 2022). Esta reconfiguração da experiência subjetiva favorece processos de regulação emocional, já que conteúdos antes evitados ou reprimidos podem ser enfrentados num estado mental mais aberto e tolerante.

Estudos em pacientes com depressão resistente demonstraram que a psilocibina induz melhorias rápidas e sustentadas no humor, associadas a aumentos na flexibilidade emocional e redução da ruminação (Davis et al., 2021). De forma semelhante, em doentes com ansiedade associada a doença terminal, a psilocibina reduziu significativamente a angústia existencial e promoveu maior serenidade e aceitação da condição de finitude (Griffiths et al., 2016). Estes efeitos parecem depender não apenas da farmacologia da substância, mas também da experiência subjetiva de introspecção e do suporte terapêutico nas fases de preparação e integração.

Em síntese, a psilocibina potencia a introspecção e regulações emocionais mais adaptativas, tanto pela modulação de circuitos neuronais como pela facilitação de experiências subjetivas transformadoras. O LSD (dietilamida do ácido lisérgico) partilha mecanismos semelhantes com a psilocibina, atuando também principalmente sobre recetores serotoninérgicos 5-HT_{2A}. Contudo, diferencia-se pela sua elevada potência e pela longa duração dos efeitos, que podem ultrapassar dez horas (Nichols, 2016). Estas características intensificam a experiência introspectiva, frequentemente descrita como marcada por dissolução do ego e percepções emocionais de grande profundidade (Preller et al., 2019).

Do ponto de vista neurofuncional, o LSD aumenta a conectividade global e reduz a segregação entre redes cerebrais, permitindo maior integração entre processos cognitivos e afetivos (Tagliazucchi et al., 2016). Esta reorganização neural favorece estados de consciência expansivos, nos quais o indivíduo consegue refletir sobre aspetos da sua vida e da sua identidade com perspectivas renovadas. Os relatos subjetivos e dados clínicos apontam para que o LSD facilite o contacto com emoções intensas, incluindo medo, tristeza ou memórias traumáticas, mas num contexto que frequentemente permite processar esses conteúdos com maior clareza e aceitação. Estudos em voluntários saudáveis mostram que, após experiências com LSD, os participantes relatam aumentos na empatia, na autorreflexão e na capacidade de lidar com emoções negativas (Schmid et al., 2015). Do ponto de vista terapêutico, o LSD foi estudado historicamente em intervenções com pacientes oncológicos, revelando redução de ansiedade e aumento do bem-estar existencial (Gasser et al., 2014). Atualmente, retoma-se a investigação em quadros como depressão, ansiedade e abuso de

substâncias, com foco na sua capacidade de promover experiências introspectivas profundas que facilitam a reavaliação emocional. Assim, o LSD, tal como a psilocibina, parece atuar como catalisador de processos de autoexploração e de reorganização da resposta emocional, ainda que com intensidade e duração potencialmente mais pronunciadas.

A dimetiltriptamina (DMT) é uma triptamina endógena encontrada em várias espécies vegetais e também em pequenas quantidades no organismo humano. Quando administrada isoladamente, a sua ação é de curta duração, mas combinada com inibidores da monoamina oxidase (IMAO), como acontece na ayahuasca, os efeitos prolongam-se durante várias horas (Riba et al., 2015). A ayahuasca, bebida tradicionalmente utilizada em contextos rituais amazônicos, tem sido alvo de crescente interesse científico pela sua capacidade de induzir estados alterados de consciência intensamente introspectivos. Em termos neurobiológicos, a DMT atua predominantemente sobre recetores 5-HT_{2A} e sigma-1, os quais estão implicados em processos de plasticidade neural, neurogênese e modulação emocional (Morales-García et al., 2020). Estudos em modelos animais mostraram que a DMT pode estimular a proliferação celular no hipocampo e a formação de novas sinapses funcionais, sugerindo um papel direto na reorganização de circuitos emocionais (Morales-García et al., 2020). Em humanos, a administração de ayahuasca foi associada a aumentos transitórios de BDNF plasmático, um marcador de plasticidade sináptica frequentemente associado à melhoria da regulação emocional (de Almeida et al., 2019). No plano psicológico, experiências com ayahuasca e DMT são frequentemente descritas como profundamente introspectivas, envolvendo revisitação de memórias, confronto com conteúdos reprimidos e insights sobre padrões de comportamento. Em contextos terapêuticos, os participantes relatam maior capacidade de identificar emoções, lidar com afetos difíceis e desenvolver atitudes de aceitação e compaixão (Domínguez-Clavé et al., 2019). Em estudos longitudinais, o consumo ritual de ayahuasca foi associado a menores níveis de impulsividade e de hostilidade, bem como a maior autocontrolo emocional (Bouso et al., 2012). Do ponto de vista clínico, ensaios controlados sugerem que a Ayahuasca pode ser eficaz na redução de sintomas depressivos e ansiosos, com relatos de alívio emocional que se prolongam semanas após a experiência (Palhano-Fontes et al., 2019). Estes efeitos parecem estar relacionados não apenas com a farmacologia da DMT, mas também com o enquadramento ritual e psicossocial, que fornece suporte à integração das experiências emocionais intensas vividas durante a sessão. Assim, a DMT e a ayahuasca representam exemplos claros de como substâncias psicadélicas podem funcionar como catalisadores de introspeção e de reorganização da regulação emocional.

A Mescalina, um alcaloide presente em cactos como o *Lophophora williamsii* (peyote) e o *Trichocereus pachanoi* (San Pedro), é um dos psicadélicos clássicos mais antigos utilizados em contextos rituais indígenas. A nível farmacológico, atua principalmente como agonista dos recetores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, à semelhança da psilocibina e do LSD, mas também apresenta afinidade para recetores dopaminérgicos e noradrenérgicos (Halberstadt, 2015). As experiências induzidas pela Mescalina são descritas como intensamente introspetivas e visionárias, frequentemente acompanhadas por sentimentos de conexão espiritual e de clareza emocional. Estudos etnográficos e observacionais indicam que o uso ritual de mescalina se associa a benefícios emocionais, incluindo maior estabilidade afetiva, capacidade de lidar com adversidades e diminuição de sintomas de ansiedade e depressão (Dobkin de Rios, 1996; Albaugh & Anderson, 1974). Embora a investigação contemporânea em ensaios clínicos controlados seja limitada, há evidências de que a Mescalina pode favorecer processos de regulação emocional através da flexibilização cognitiva e da reorganização da perceção de experiências negativas. Em estudos comparativos, participantes que relataram experiências com mescalina referiram maiores níveis de bem-estar psicológico e de satisfação de vida em comparação com controlos (Harris et al., 2018). A nível mecanístico, presume-se que os efeitos introspetivos e emocionais da Mescalina resultem da sua ação serotoninérgica, associada a alterações na conectividade cerebral semelhantes às observadas com psilocibina e LSD, embora a evidência neurofuncional moderna seja ainda escassa. Apesar da falta de ensaios clínicos recentes, a história prolongada de utilização ritual e os relatos consistentes de benefícios emocionais sugerem que a mescalina desempenha um papel relevante no espectro dos psicadélicos como facilitador de introspeção e de regulação afetiva.

O MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), apesar de não ser considerado um psicadélico clássico, é frequentemente incluído no espectro dos psicadélicos terapêuticos devido à sua capacidade de induzir estados alterados de consciência com forte impacto na esfera emocional. A nível neuroquímico, o MDMA aumenta a libertação de serotonina, dopamina e noradrenalina, além de estimular a libertação de oxitocina, hormona associada a processos de vinculação social e confiança (Liechti, 2017). Estes efeitos traduzem-se em maior empatia, abertura emocional e capacidade de enfrentar memórias traumáticas com menor defensividade. A experiência subjetiva com MDMA é marcada por sentimentos de proximidade, compaixão e aceitação de si próprio e dos outros. Em ensaios clínicos, indivíduos em terapia assistida por MDMA relataram que a substância lhes permitia revisitar experiências traumáticas com menos ansiedade e evitamento, o que favorecia a integração

emocional durante a psicoterapia (Mitchell et al., 2021). Estudos com pacientes com transtorno de stress pós-traumático (TEPT) demonstraram que o MDMA facilitava uma maior tolerância ao contacto com emoções dolorosas e reduzia a tendência para dissociação ou retraimento durante o processo terapêutico (Feduccia et al., 2019). Em protocolos clínicos recentes, o MDMA mostrou eficácia significativa em pacientes com TEPT crônico e resistente, alcançando taxas de remissão superiores às obtidas por tratamentos convencionais (Mitchell et al., 2021). Acredita-se que a chave para estes resultados seja a combinação entre introspeção facilitada, reprocessamento emocional e reaprendizagem de respostas afetivas num contexto seguro, elementos que juntos constituem um quadro de regulação emocional mais flexível e saudável.

Além do TEPT, o MDMA tem sido explorado como potencial adjuvante no tratamento da perturbação de personalidade borderline, caracterizada por elevada desregulação emocional e padrões de evitamento afetivo. Resultados preliminares sugerem que o MDMA ajuda estes pacientes a experienciar emoções intensas com menos impulsividade e maior capacidade de integração (Traynor et al., 2022). Assim, ainda que o MDMA não provoque visões ou experiências de dissolução do ego típicas de psicadélicos clássicos, a sua ação sobre os sistemas afetivos e sociais torna-o particularmente eficaz para potenciar introspeção e regulação emocional em contextos terapêuticos.

A Cetamina, originalmente desenvolvida como anestésico dissociativo, é atualmente reconhecida como um fármaco com efeitos psicadélicos em determinadas doses e contextos. Ao contrário das triptaminas e do LSD, a cetamina atua predominantemente como antagonista do recetor NMDA, desencadeando um aumento da libertação de glutamato e ativação subsequente de receptores AMPA, o que leva à estimulação de vias intracelulares como mTOR e ERK, responsáveis pela promoção de sinaptogênese e pelo aumento da libertação de BDNF (Duman & Aghajanian, 2012; Zanos & Gould, 2018). Este mecanismo confere-lhe a capacidade única de induzir rapidamente plasticidade neuronal e reorganização emocional. Clinicamente, a Cetamina tem-se mostrado eficaz no tratamento da depressão resistente, com efeitos antidepressivos observados poucas horas após a administração (Grieco et al., 2022). Estes efeitos parecem estar associados a uma maior flexibilidade emocional e redução da ruminação, permitindo que os pacientes adotem novas perspetivas sobre os seus problemas emocionais. Estudos qualitativos relatam que, durante sessões com cetamina, os indivíduos experimentam uma sensação de distanciamento dos seus padrões habituais de pensamento, o que facilita a auto-observação e a reinterpretção de memórias dolorosas (Dakwar et al., 2019). Do ponto de vista da regulação emocional, a Cetamina abre uma janela

de neuroplasticidade que pode ser aproveitada para intervenções psicoterapêuticas. O facto de a substância permitir um rápido alívio sintomático cria condições para que os pacientes se engajem em processos de introspeção e integração emocional que, de outro modo, seriam dificultados pela intensidade da sintomatologia depressiva. Além disso, há evidências de que a cetamina reduz sentimentos de desesperança e facilita maior aceitação emocional, promovendo um equilíbrio afetivo mais adaptativo (Wilkinson et al., 2018).

Apesar do entusiasmo, existem limitações e riscos associados ao uso da Cetamina. A sua ação de curta duração requer múltiplas administrações para manutenção dos efeitos, e a possibilidade de uso recreativo e abuso levanta preocupações éticas e clínicas (Morgan et al., 2017). Ainda assim, no contexto controlado e terapêutico, a cetamina representa um exemplo claro de como uma substância psicadélica não clássica pode potenciar experiências introspectivas e facilitar processos de regulação emocional em pacientes com sofrimento psicológico significativo.

Apesar das diferenças farmacológicas entre os psicadélicos clássicos, como a psilocibina, o LSD, a DMT/ayahuasca e a mescalina, e os psicadélicos não clássicos, como o MDMA e a cetamina, existem convergências importantes nos seus efeitos sobre a experiência introspectiva e a regulação emocional. Em termos neurobiológicos, a ativação do recetor 5-HT_{2A} constitui um mecanismo central nos psicadélicos clássicos, promovendo aumento da excitabilidade cortical, reorganização de redes neurais e maior flexibilidade cognitiva (Carhart-Harris & Friston, 2019). A cetamina, atuando através da modulação glutamatérgica, e o MDMA, estimulando sistemas monoaminérgicos e oxitocínicos, convergem nos resultados finais de aumento da plasticidade emocional, redução de défices de autorregulação e maior abertura ao processamento afetivo.

Entre os mecanismos comuns observam-se a desintegração temporária da rede de modo padrão, responsável pelo pensamento autorreferencial rígido e pela ruminação, e a promoção de maior conectividade global entre regiões cerebrais (Girn et al., 2022). Este estado transitório de reorganização permite que os indivíduos cedam a conteúdos emocionais reprimidos ou dolorosos, experienciem-nos sob novas perspetivas e, assim, desenvolvam estratégias de regulação emocional mais adaptativas. Em paralelo, a libertação de BDNF e a facilitação da neuroplasticidade contribuem para que as mudanças emocionais não sejam apenas momentâneas, mas possam traduzir-se em alterações duradouras na forma como o cérebro processa afetos e memórias (Ly et al., 2018; Shao et al., 2021).

Do ponto de vista psicológico, os psicadélicos partilham a capacidade de induzir estados de consciência caracterizados por intensificação da introspeção, dissolução do ego e

experiências emocionais de elevada profundidade. Estas vivências, frequentemente acompanhadas por sentimentos de aceitação, autocompaixão e conexão, constituem catalisadores de reconfiguração emocional (Griffiths et al., 2016). O MDMA, embora não provoque dissolução do ego, favorece abertura afetiva e empatia, funcionando como facilitador da introspeção relacional e do processamento emocional em segurança (Mitchell et al., 2021).

Apesar dos resultados promissores, a investigação nesta área enfrenta limitações significativas. Uma delas é a escassez de ensaios clínicos de larga escala e com seguimento longitudinal. Muitos estudos apresentam amostras reduzidas, protocolos heterogêneos e ausência de duplo-cego rigoroso, o que limita a generalização dos resultados (Reiff et al., 2020). Outro desafio importante é a influência dos fatores contextuais, frequentemente resumidos nos conceitos de set (estado psicológico do indivíduo) e setting (ambiente físico e social em que ocorre a experiência). Estes fatores modulam de forma decisiva a experiência introspectiva e a regulação emocional subsequente, dificultando a distinção entre efeitos puramente farmacológicos e efeitos contextuais (Hartogsohn, 2016).

Do ponto de vista da medição científica, existem limitações na avaliação da introspeção e da regulação emocional, que são frequentemente estudadas através de autorrelatos ou entrevistas qualitativas. Embora estes métodos forneçam informação valiosa, carecem de objetividade e podem ser influenciados por enviesamentos de memória ou expectativas. Técnicas de neuroimagem funcional e biomarcadores, como a quantificação de BDNF ou a análise de conectividade cerebral, oferecem pistas mais objetivas, mas ainda apresentam restrições metodológicas e não captam plenamente a dimensão subjetiva da experiência psicadélica (Sessa, 2018).

Adicionalmente, importa sublinhar que nem todas as experiências introspectivas induzidas por psicadélicos são positivas. Em alguns casos, emergem conteúdos traumáticos ou emoções intensas que podem ser desorganizadoras se não houver suporte terapêutico adequado. Assim, a integração posterior, conduzida em contextos psicoterapêuticos, é considerada essencial para transformar experiências difíceis em oportunidades de crescimento emocional (Watts & Luoma, 2020).

Comparando as diferentes substâncias, observa-se que a psilocibina e o LSD apresentam efeitos particularmente consistentes na intensificação da introspeção e na promoção de reconfiguração emocional, sendo as mais estudadas em ensaios clínicos modernos. A DMT/ayahuasca destaca-se pela combinação de efeitos farmacológicos e contextuais, já que o enquadramento ritual potencia a vivência emocional e a integração

posterior. A mescalina, embora menos estudada em contextos experimentais recentes, mantém relevância pela sua longa tradição de uso ritual e pelos relatos consistentes de benefícios emocionais.

Entre os psicadélicos não clássicos, o MDMA diferencia-se por promover abertura emocional e empatia, características que o tornam particularmente útil em perturbações relacionadas com trauma e dificuldades de vinculação afetiva. A cetamina, por sua vez, oferece vantagens pela rapidez dos efeitos, facilitando uma reorganização emocional quase imediata, ainda que frequentemente de curta duração.

Em síntese, todas estas substâncias partilham a capacidade de abrir janelas de introspeção e de flexibilizar a regulação emocional, ainda que por vias neurobiológicas distintas. O conjunto da evidência sugere que os psicadélicos podem representar ferramentas poderosas no tratamento de perturbações caracterizadas por rigidez cognitiva e desregulação afetiva, como depressão resistente, TEPT e perturbações alimentares. Contudo, a sua utilização clínica requer protocolos rigorosos, integração psicoterapêutica e investigação contínua para consolidar a eficácia e a segurança destes tratamentos.

Terapia Assistida por Psicadélicos na Anorexia Nervosa

As perturbações alimentares representam quadros clínicos graves, frequentemente associados a elevadas taxas de mortalidade comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, como a depressão, ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação stress pós-traumático e abuso de substâncias (Calder et al., 2023). Face à escassa eficácia dos tratamentos convencionais em muitos casos, sobretudo nos quadros de Anorexia Nervosa resistente, a investigação recente tem explorado o uso terapêutico dos psicanalíticos como abordagem inovadora (Calder et al., 2023).

A terapia assistida por psicadélicos (Psychedelic Assisted Therapy - PAT) tem revelado resultados preliminares promissores na modulação de sintomas afetivos e comportamentais em doentes com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Compulsão Alimentar (Calder et al., 2023). Na revisão feita por Yao et al., (2024) os autores analisam dados provenientes de estudos de caso, ensaios clínicos piloto e relatos qualitativos que envolvem o uso de substâncias como a Psilocibina, MDMA, Ayahuasca e Cetamina, sempre em contexto terapêutico supervisionado.

Do ponto de vista mecânico, os psicadélicos parecem atuar através de múltiplos processos com potencial terapêutico, como a *flexibilidade cognitiva e redução da rigidez mental*, afirmando que substâncias como a psilocibina e a ayahuasca promovem estados de consciência ampliada que facilitam a reestruturação de crenças disfuncionais, nomeadamente em relação à imagem corporal, perfeccionismo e autoavaliação negativa, aspetos centrais nas perturbações alimentares (Calder et al., 2023).

A *modulação do circuito da recompensa*, a evidência sugere que os psicadélicos contribuem para a normalização das respostas dopaminérgicas e serotoninérgicas, influenciando positivamente os padrões de compulsão alimentar e restrição. A ativação de áreas cerebrais como o córtex pré-frontal medial e a amígdala está associado à regulação emocional e à diminuição da evitação corporal (Calder et al., 2023). Relativamente ao aumento da auto compaixão e aceitação corporal, foram feitos estudos com MDMA e psilocibina onde os participantes reportaram uma maior empatia consigo mesmos e redução do sentimento de culpa associado à alimentação e ao corpo, um fator clínico relevante na Bulimia e Anorexia (Calder et al., 2023).

Evidências Empíricas: Estudos e Casos Clínicos

1. Remissão de Anorexia Nervosa Crônica com Dieta Cetogênica e Cetamina: Um Estudo de Caso

O estudo de caso publicado por Scolnick et al. (2020) descreve a evolução clínica de uma paciente com Anorexia Nervosa crônica grave e resistente ao tratamento, mulher com 29 anos de história clínica e múltiplas hospitalizações que alcançou remissão sintomática sustentada através da combinação de uma dieta cetogênica e administração repetida de cetamina em contexto terapêutico. O tratamento foi monitorizado de forma intensiva ao longo de várias semanas (Scolnick et al., 2020).

Resultados: durante a intervenção a paciente demonstrou uma melhoria significativa em diversos parâmetros, sendo estes, o aumento de peso corporal e estabilização do índice de massa corporal (IMC), diminuição substancial da ansiedade em torno da alimentação, redução de sintomas depressivos e obsessivos-compulsivos, retoma de comportamentos

alimentares saudáveis, relato subjetivo de reconexão com o corpo e clareza emocional após as sessões com cetamina.

A remissão sintomática foi mantida durante pelo menos 6 meses após o fim do tratamento, segundo os autores.

2. Caso Clínico: Cetamina em paciente com Anorexia Nervosa e Perturbação Depressiva Major

O estudo apresentado por Dechant, Boyle e Ross (2020) relata a administração de cetamina em contexto clínico num paciente com diagnóstico simultâneo de Anorexia Nervosa (AN) e Perturbação Depressiva Major (DMD). Este caso destaca a complexidade clínica de tratar comorbidades entre transtornos alimentares e depressivos, salientando a elevada taxa de mortalidade associada a esta combinação.

Dechant et al., (2020) referem que entre 39,1% a 49,5% dos pacientes com Anorexia Nervosa apresentam ao longo da vida, episódios significativos de depressão major. A depressão associada à Anorexia Nervosa representa um dos principais fatores de risco para suicídio e agravamento clínico. Tradicionalmente, os tratamentos convencionais (antidepressivos e psicoterapia cognitivo-comportamental) revelam-se frequentemente ineficazes em casos crônicos e refratários.

Paciente do sexo feminino com diagnóstico de Anorexia Nervosa e episódios depressivos graves e persistentes. Após múltiplas hospitalizações e tentativas terapêuticas fracassadas foi proposto um protocolo de administração de cetamina subcutânea em doses sub anestésicas.

Resultados: A resposta à cetamina foi descrita como positiva e rápida com os seguintes efeitos clínicos registados: Melhoria acentuada do humor após a primeira sessão, redução imediata da ideação suicida, aumento da motivação para cooperar com a alimentação e nenhum efeito adverso severo observado durante o período de monitorização.

Embora a duração da remissão não seja especificada no excerto visível, os autores destacam a importância da cetamina como intervenção de resgate em contextos de risco elevados (Dechant et al., 2020).

3. Efeitos positivos dos psicadélicos em pessoas com distúrbios alimentares: estudo transversal

O estudo foi conduzido por Spriggs, Kettner e Carhart-Harris (2021) analisa os efeitos autorrelatos da utilização da psicadélicos (psilocibina, LSD, Ayahuasca e MDMA) em indivíduos que indicaram ter historial de distúrbios alimentares e perturbação de ingestão compulsiva. Trata-se de uma investigação de natureza transversal, baseada em inquéritos online, cujo objetivo foi avaliar os efeitos perceptíveis da experiência psicadélica em sintomas depressivos e bem-estar psicológico.

A amostra inclui mais de 300 sujeitos que relatam ter feito uso de psicadélicos em contexto não clínico, recreativo ou cerimonial. Os participantes preencheram escalas validadas como a Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) e o Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) em momentos retrospectivos: antes da experiência psicadélica e após a mesma (Spriggs et al, 2021).

Os resultados revelam uma melhoria estatisticamente significativa nos níveis de depressão e bem-estar subjetivo após a experiência psicadélica: redução nas pontuações da QIDS indicando menor gravidade depressiva, aumento nas pontuações de bem-estar emocional, os participantes relataram perceções mais positivas do corpo e maior aceitação pessoal e o grau de intensidade da experiência psicadélica correlacionou-se com a magnitude da melhoria relatada.

Importante referir que os efeitos observados mantiveram-se em média durante semanas a meses após a experiência, embora os dados sejam baseados na recordação subjetiva dos participantes e não em acompanhamento clínico longitudinal (Spriggs et al., 2020).

4. Psicadélicos, Espiritualidade e Sintomatologia em Alimentação Desordenada: Estudo Transversal Comunitário

O estudo conduzido por Lafrance, Strahan, Walsh (2021) teve como objetivo investigar os efeitos psicológicos do uso de psicadélicos clássicos em indivíduos da comunidade que relatam comportamentos alimentares desordenados e ansiedade e humor

deprimido. Este trabalho focou-se nos mecanismos psicológicos mediados pelo uso de psicadélicos, especialmente espiritualidade autorrelatada e capacidade de processamento emocional, como possíveis caminhos para a redução do sofrimento mental.

A amostra foi composta por 159 indivíduos que reportaram o uso de psicadélicos ao longo da sua vida. Foi recolhida informação sobre a frequência de uso, qualidade da experiência, medidas psicológicas como bem-estar, sintomas ansiosos, depressivos e perturbações alimentares.

Os dados indicaram associações significativas entre o uso psicadélico e menores níveis de sintomas depressivos e ansiosos, redução dos sintomas associados à alimentação desordenada, aumento do bem-estar psicológico geral, relações mediadas por maior espiritualidade percebida e melhor processamento emocional.

A espiritualidade entendida como um sentido subjetivo de conexão, aceitação e transcendência, mostrou-se uma variável particularmente relevante entre os participantes que reportaram benefícios sustentados do uso psicadélico (Lafrance et al., 2021).

Os autores sugerem que os efeitos terapêuticos dos psicadélicos não dependem apenas dos seus efeitos neuroquímicos diretos, mas estão profundamente enraizados em experiências subjetivas significativas, como sentimentos de aceitação corporal, conexão com o self e espiritualidade expandida. A capacidade de explorar e processar emoções anteriormente reprimidas pode permitir a reformulação de crenças disfuncionais em torno da comida, do corpo e da identidade (Lafrance et al., 2021).

5. Ayahuasca e Recuperação de Transtornos Alimentares: Uma Pesquisa Exploratória Qualitativa

O estudo de Lafrance, Loizaga-Velder, Fletcher, Renelli, Natasha e Tupper (2017) apresenta uma investigação qualitativa com enfoque exploratório sobre o papel da ayahuasca na recuperação de indivíduos com histórico de transtornos alimentares. Através de relatos em profundidade, os autores procuraram compreender como as experiências com ayahuasca podem contribuir para processos de mudança cognitiva, emocional e espiritual em pessoas em diferentes fases de recuperação da Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder.

Os participantes (N=16) tinham todos antecedentes clínicos de perturbações alimentares diagnosticadas, com diferentes níveis de progressão na sua jornada de

recuperação. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas e analisadas qualitativamente com recurso à abordagem fenomenológica interpretativa. O foco foi compreender os significados atribuídos às experiências com ayahuasca em relação ao corpo, à alimentação e ao bem-estar psicológico (Lafrance et al., 2017).

A análise revelou quatro temas centrais comuns nas narrativas dos participantes:

“Reconexão com o corpo”, muitos relatam uma nova percepção somática, sentindo o corpo como “aliado” e não como inimigo, favorecendo maior aceitação.

“Libertação emocional”, as experiências induzidas por ayahuasca permitiram o contacto e expressão de emoções reprimidas, frequentemente associadas a traumas ou experiências familiares adversas.

“Transformações espirituais”, a maioria dos participantes descreveu vivências místicas, com impacto duradouro na percepção de si e do mundo, frequentemente associadas a maior autocompaixão e sentido de propósito.

“Estímulo à mudança de comportamento alimentar”, alguns relatam uma quebra abrupta de padrões compulsivos ou restritivos após cerimônias com ayahuasca, ainda que outros tenham referido oscilações ou recaídas (Lafrance et al., 2017).

Os autores interpretam estes dados como indicadores do potencial terapêutico da ayahuasca enquanto catalisador de mudança profunda, especialmente em contextos integrativos que combinam ritual, suporte emocional e integração psicoterapêutica. Destacam, no entanto, que este tipo de uso deve ser acompanhado por profissionais qualificados, dada a intensidades das experiências e os riscos associados à reativação de memórias traumáticas.

A natureza qualitativa do estudo impede generalizações clínicas, mas sugere que a ayahuasca pode abrir caminhos para a reconstrução da relação com o corpo e com a alimentação em indivíduos cuja psicopatologia está enraizada em desregulações emocionais e desconexão somática. O estudo também propõe uma maior valorização do espiritual como dimensão legítima da recuperação em saúde mental.

6. Experiências Terapêuticas com Ayahuasca e Tratamentos Convencionais em Transtornos Alimentares

O estudo de Renelli, Fletcher e Lafrance (2020) explora comparativamente as percepções subjetivas de indivíduos que vivenciaram tanto tratamentos convencionais para

transtornos alimentares quanto cerimônias com ayahuasca, com o objetivo de avaliar em que medida a abordagem psicadélica contribui para a cura ou transformação pessoal.

A amostra foi composta por 16 adultos com historial clínico de transtornos alimentares (anorexia, bulimia ou binge eating disorder), que participaram em sessões de ayahuasca em contextos cerimoniais e também haviam recebido tratamento convencional (psicoterapia, hospitalização, grupos de apoio). Através de entrevistas qualitativas, os autores recolheram dados sobre as vivências, comparações e percepções dos efeitos de ambos os métodos terapêuticos (Renelli et al., 2020).

A análise temática revelou diferenças claras na forma como os participantes experienciaram ambas as abordagens:

“Tratamentos Convencionais” foram frequentemente descritos como úteis para a estabilização aguda e estruturação, mas limitados na profundidade emocional e autoconhecimento.

“Ayahuasca Cerimonial” foi associada a experiências de catarse emocional intensa, sentimentos de libertação de traumas enraizados, maior aceitação do corpo e compaixão por si mesmo e experiências espirituais ou transcendentais que contribuíram para redefinição de identidade e motivação para mudança comportamental.

Os participantes relataram que a ayahuasca facilitou uma reconexão corpo-mente, frequentemente perdida durante os anos de luta contra o transtorno alimentar. Alguns referiram ainda que as experiências os ajudaram a reinterpretar vivências passadas e a ressignificar padrões autodestrutivos (Renelli et al., 2020).

Os autores argumentaram que a ayahuasca pode oferecer benefícios únicos, atuando em domínios emocionais e existenciais pouco acessíveis pelas terapias convencionais. No entanto, reforçam que o uso de substâncias deve ser realizado com precaução, em contextos seguros e acompanhados por processos de integração terapêutica. A complementaridade entre abordagens tradicionais e cerimônias com ayahuasca é apontada como uma via promissora a explorar clinicamente, sobretudo em casos resistentes ou crônicos.

Este estudo, apesar de qualitativo e baseado em autorrelatos, acrescenta evidência sobre a importância das dimensões emocionais, relacionais e espirituais na recuperação de transtornos alimentares. A ayahuasca surge não como substituição do tratamento tradicional, mas como uma possível ferramenta integrativa.

7. Perspetivas de Pacientes com Transtornos Alimentares sobre Terapias Psicadélicas: Estudo de Questionário Online

O estudo de Harding et al. (2021) investigou as percepções de indivíduos diagnosticados com transtornos alimentares relativamente ao uso de terapias psicadélicas como alternativa ou complemento ao tratamento convencional. A investigação surge no contexto do aumento das taxas de insatisfação com os tratamentos disponíveis e da crescente evidência empírica do potencial terapêutico dos psicadélicos

A amostra foi composta por 200 participantes do Reino Unido com diagnóstico prévio de Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Perturbações de Compulsão Alimentar. Todos responderam a um inquérito anónimo online, que incluía questões sobre experiências prévias com psicadélicos, expectativas terapêuticas, preocupações de segurança e percepção da utilidade das terapias psicadélicas no contexto dos seus distúrbios (Harding et al., 2021)

Os resultados indicam que 70% dos inquiridos já tinham utilizado psicadélicos recreacionalmente ou em contextos alternativos. A maioria acredita que os psicadélicos têm potencial terapêutico para transtornos alimentares, especialmente para aliviar sintomas como depressão, ansiedade e obsessão com a imagem corporal. As preocupações principais recaíram sobre a segurança emocional, preparação adequada e apoio psicoterapêutico, necessidade de profissionais treinados e risco de retraumatização sem suporte clínico apropriado.

Os participantes atribuíram particular importância à qualidade da relação terapeuta-paciente, ao contexto ritualístico seguro e ao acompanhamento posterior à experiência (Harding et al., 2021).

O estudo confirma uma atitude maioritariamente favorável dos pacientes em relação à investigação clínica com psicadélicos, especialmente para quadros clínicos considerados resistentes. Os autores destacam que, apesar da percepção positiva, os pacientes não são ingénuos quanto aos riscos, demonstrando uma postura crítica e bem informada.

Este estudo reforça a necessidade de protocolos clínicos cuidadosos que assegurem, preparação psicológica prévia, ambiente seguro e ético durante a experiência, sessões de integração psicoterapêutica.

Harding et al. (2021) concluem que os utilizadores de tratamentos convencionais estão recetivos a intervenções inovadoras, como os psicadélicos, desde que acompanhadas por educação, suporte clínico e validação científica rigorosa.

8. Infusões de Cetamina no Tratamento de Comportamentos Compulsivos em Transtornos Alimentares

O estudo conduzido por Mills, Parque, Manara e Merriman (1998) é um dos primeiros relatos publicados a explorar o uso de cetamina intravenosa como abordagem terapêutica para o comportamento alimentar compulsivo, particularmente no contexto de Bulimia Nervosa e Compulsão Alimentar. Trata-se de um estudo clínico pioneiro que associa a neuroplasticidade induzida pela cetamina à supressão de padrões neurais patológicos relacionados com pensamentos obsessivos sobre alimentação e peso corporal.

Os autores propõem que os transtornos alimentares compulsivos derivam, em parte, de uma fixação mnésica (lembança recorrente de pensamentos anorexígenos), que se consolida em redes neurais do hipocampo e do córtex pré-frontal. A cetamina, ao antagonizar os recetores NMDA do glutamato, induz uma interrupção temporária destes padrões e promove uma janela de reorganização sináptica, conhecida como *long-term potentiation* reversível (Mills et al., 1998).

Os resultados indicam que a maioria dos pacientes que foram submetidos a infusões intermitentes de cetamina apresentaram redução acentuada dos episódios compulsivos alimentares durante o período de administração. Foram também observadas melhorias no controlo de impulsos, no afeto depressivo e na capacidade de autorregulação alimentar e em alguns casos os efeitos positivos persistiram por semanas após o fim das infusões.

A cetamina foi bem tolerada, com efeitos adversos leves e autolimitados, tais como despersonalização transitória e ligeira agitação psicomotora.

Este estudo mostra-se relevante no sentido histórico e clínico, pois fornece uma das primeiras demonstrações empíricas de que a cetamina pode ser eficaz na redução dos sintomas compulsivos em transtornos alimentares. Embora o estudo seja limitado em escala e careça de grupo controlo, os resultados anteciparam décadas de investigação subsequente sobre os efeitos da cetamina na flexibilidade cognitiva, regulação emocional e reconfiguração de memórias patológicas.

Os autores sugerem que, pela sua ação rápida e pela capacidade de interromper rumações, a cetamina pode ser uma ferramenta especialmente útil em pacientes resistentes à farmacoterapia convencional ou psicoterapia (Mills et al., 1998).

9. Estudo Fase 1 com Psilocibina em Mulheres com Anorexia Nervosa: Viabilidade e Resultados Preliminares:

O estudo conduzido por Knatz Peck et al. (2023) representa um dos primeiros ensaios clínicos de fase 1 a explorar o uso da psilocibina como tratamento para Anorexia Nervosa. Dada a elevada taxa de mortalidade e a escassa eficácia dos tratamentos convencionais, a investigação de terapias inovadoras torna-se uma prioridade clínica e ética.

Avaliar a viabilidade, segurança e efeitos preliminares da administração única de psilocibina em contexto terapêutico em mulheres adultas com diagnóstico de Anorexia Nervosa ou em remissão parcial, segundo os critérios do DSM-5.

O estudo clínico adotou um desenho clínico de fase 1, de carácter aberto e sem grupo de controlo, com o intuito de avaliar a viabilidade do uso terapêutico da psilocibina em mulheres diagnosticadas com Anorexia Nervosa. A amostra foi composta por 10 participantes do sexo feminino, adultas com um índice de massa corporal médio de 19,7kg/m². A intervenção consistiu na administração única de uma dose moderada de psilocibina (25mg) realizada em ambiente seguro e com acompanhamento psicoterapêutico especializado. Para avaliar os efeitos da substância, foram utilizados diversos instrumentos psicométricos padronizados, focados na medição de sintomas como ansiedade, depressão, passividade e distorções cognitivas relacionadas à imagem corporal (Knatz Peck et al., 2023).

Os dados obtidos indicaram que a administração de psilocibina foi geralmente bem tolerada pelos participantes, sem ocorrência de efeitos adversos graves ou eventos clínicos inesperados. Verificou-se uma melhoria significativa em sintomas psicológicos relevantes, nomeadamente uma redução nos níveis de ansiedade, no humor depressivo e em atitudes disfuncionais relacionadas à alimentação e imagem corporal. Estes efeitos mantiveram-se ao longo de um seguimento de três meses após a intervenção (Knatz Peck et al., 2023).

A maior parte dos participantes descreveu a experiência com psilocibina como emocionalmente transformadora, destacando sentimentos de conexão, alívio emocional e reestruturação cognitiva de padrões anteriormente rígidos e autocríticos. Estes relatos foram acompanhados por melhorias objetivas nas escalas psicométricas utilizadas, demonstrando coerência entre a experiência subjetiva e os dados clínicos.

Os resultados sugerem que a psilocibina quando administrada em ambiente clínico seguro e com suporte terapêutico, poderá representar uma via promissora para o tratamento da Anorexia Nervosa, sobretudo em casos resistentes à intervenção convencional. A

experiência subjetiva de “insight emocional” relatada pelas participantes alinha-se com a hipótese de que os psicadélicos facilitam um processo de flexibilidade cognitiva e reconexão emocional, aspetos frequentemente comprometidos em quadros de Anorexia (Knatz Peck et al., 2023).

Apesar dos resultados encorajadores, os autores sublinham limitações importantes, como o reduzido tamanho amostral, a ausência de grupo de controlo e o desenho aberto do estudo, que impossibilita conclusões definitivas sobre a causalidade. No entanto, os dados obtidos fornecem uma base sólida para a realização de estudos futuros de fase 2, com maior rigor metodológico e amostras mais amplas.

Tabela 1

Estudos sobre o Uso de Psicadélicos no Tratamento da Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares

Autores (Ano)	Tipo de Estudo	Amostra	Substância	Resultados Principais	Conclusões
Dechant et al. (2020)	Estudo de caso	1 paciente com AN e depressão major	Cetamina	Melhoria do humor e ideação suicida	Uso emergente em contexto comórbido; efeitos rápidos
Harding et al. (2021)	Estudo com questionário online	200 indivíduos com TA	Diversas	70% já utilizaram psicadélicos; percepção de utilidade	Alta recetividade; necessidade de ensaios clínicos
Knatz et al. (2023)	Ensaio fase 1, aberto	10 mulheres adultas com AN	Psilocibina (25 mg)	Redução de obsessividade, ansiedade e melhoria da imagem corporal	Tratamento seguro, com respostas positivas iniciais

Lafranc e et al. (2017)	Estudo qualitativo	16 indivíduos com histórico de TA	Ayahuasca	Experiências espirituais e reconexão corporal	Aprofundamento emocional favorece a recuperação
Lafranc e et al. (2021)	Estudo transversal comunitário	159 participantes	Psicadélicos clássicos	Espiritualidade mediou menor depressão e ansiedade	Espiritualidade e processamento emocional como mecanismos terapêuticos
Mills et al. (1998)	Estudo clínico	Pacientes com Bulimia e Comportamento Compulsivo	Cetamina	Redução de comportamentos compulsivos e sintomas alimentares	Resultados positivos; necessidade de mais investigação
Renelli et al. (2020)	Estudo exploratório comparativo	16 pacientes com TA	Ayahuasca	Maior profundidade emocional vs. tratamento convencional	Ayahuasca como abordagem integrativa viável
Scolnick et al. (2020)	Estudo de caso	1 mulher com AN crônica	Cetamina + dieta cetogénica	Remissão sustentada com benefícios emocionais	Intervenção integrativa promissora
Spriggs et al. (2021)	Estudo observacional retrospectivo	Indivíduos com TA autorrelatado	Psicadélicos diversos	Melhoria no bem-estar e redução da depressão	Experiência psicadélica associada a benefícios emocionais

Note. AN = Anorexia Nervosa; TA = Transtornos Alimentares.

Discussão

A presente análise integrativa dos nove estudos selecionados sobre o uso de psicadélicos em pacientes com transtornos alimentares como anorexia, bulimia e compulsão alimentar, aponta para uma convergência clara em torno de padrões experienciados comuns e impactos terapêuticos multidimensionais. Tais efeitos transcendem a mera remissão sintomática, abrangendo dimensões emocionais, espirituais e cognitivas, o que sugere um potencial relevante para a reconfiguração cognitiva em casos de Anorexia Nervosa (AN) resistente ao tratamento convencional.

Espiritualidade e Sentido de Transcendência

Um dos padrões mais frequentemente reportados é a experiência espiritual, muitas vezes descrita como um sentimento de pertencimento a algo maior, união com o todo ou ligação ao sagrado. Estes relatos surgem com destaque nos estudos com ayahuasca (Lafrance et al., 2017; Renelli et al., 2020), bem como nas análises retrospectivas com psicadélicos clássicos (Lafrance et al., 2021).

Lafrance et al. (2017) refere que os participantes experimentaram “ligações com a essência do ser”, o que facilitou um reencontro com o corpo como espaço sagrado, em oposição ao corpo como objeto hostil. Já no estudo quantitativo de Lafrance et al. (2021), a espiritualidade mediou diretamente os efeitos do uso de psicadélicos sobre sintomas de depressão, ansiedade e transtornos alimentares. Este efeito parece transversal aos compostos, visto que Spriggs et al. (2021) também encontraram relações entre profundidade espiritual da experiência psicadélica e redução da sintomatologia depressiva e alimentar.

A espiritualidade experienciada parece, assim, atuar como catalisador de significação existencial, restabelecendo uma relação menos punitiva com o corpo e o eu.

Reconexão Emocional, Autoaceitação e Compaixão

Outro padrão significativo é a reconexão emocional e o surgimento de estados de autoaceitação, perdão e compaixão. Este efeito foi relatado nos estudos com ayahuasca (Renelli et al., 2020), psilocibina (Knatz Peck et al., 2023) e cetamina (Scolnick et al., 2020).

Knatz Peck et al. (2023), num ensaio clínico de fase 1 com mulheres com Anorexia Nervosa, relataram que a psilocibina facilitou momentos de insight emocional e

“reformulação da autoimagem”, traduzindo-se numa diminuição da rigidez obsessiva, da ansiedade e de crenças distorcidas sobre o corpo. De forma semelhante, Scolnick et al. (2020) descreveram que a combinação de cetamina com dieta cetogênica favoreceu uma remissão sustentada da Anorexia Nervosa, associada à reconexão emocional e redução da dissociação corporal.

Estes resultados sustentam a hipótese de que os psicadélicos induzem estados emocionais amplificados que permitem acessar memórias traumáticas e ressignificá-las, desbloqueando estruturas defensivas enraizadas (Dechant et al., 2020; Mills et al., 1998).

Redução de Sintomatologia e Rígidos Padrões Cognitivos

Em termos de desfechos quantitativos, verificam-se reduções consistentes nos níveis de depressão, ansiedade, obsessividade e comportamentos compulsivos. Mills et al. (1998) demonstraram que infusões de cetamina foram eficazes na interrupção de comportamentos compulsivos em pacientes com Bulimia e Compulsão Alimentar. Já Knatz Peck et al. (2023) documentaram melhorias significativas na obsessividade e na imagem corporal após uma única dose de psilocibina, reforçando a sua capacidade de flexibilizar padrões cognitivos rígidos.

Spriggs et al. (2021) corroboram essa perspectiva, mostrando que participantes com histórico de Transtornos Alimentares que usaram psicadélicos relataram menor depressão e mais aceitação corporal, um espectro central na Anorexia Nervosa. Tal padrão é reforçado por Harding et al. (2021), cujo inquérito com 200 indivíduos revelou que 70% consideravam os psicadélicos úteis na gestão de sintomas relacionados à alimentação e à imagem corporal.

Perspetivas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas integradas

A integração dos efeitos dos psicadélicos em modelos psicoterapêuticos é essencial para que o benefício seja duradouro. A abordagem cognitivo-comportamental pode ser usada para reforçar novos padrões de pensamento após a experiência psicadélica, trabalhando reestruturações cognitivas e prevenção de recaídas (Wilkinson et al., 2021). A psicodinâmica, por outro lado, fornece um enquadramento para explorar simbolicamente os conteúdos emergentes durante a sessão, imagens, afetos e memórias, compreendendo sua função no psiquismo e facilitando a integração emocional (Grof, 2000).

Os psicadélicos parecem atuar como pontes entre o inconsciente e a consciência, desvelando emoções reprimidas e dinâmicas internalizadas (Watts et al., 2017). Isso é particularmente útil na AN, em que os sintomas frequentemente escondem conflitos psíquicos não verbalizados. A criação de protocolos integrativos, com fases de preparação, experiência e integração, permite conjugar a flexibilidade cognitiva proporcionada pela psilocibina com a elaboração simbólica psicodinâmica e as técnicas da TCC (Gorman et al., 2021).

Síntese teórica: reconfiguração do self, imagem corporal e mudança terapêutica

A terapia assistida por psicadélicos representa uma abordagem inovadora que atua em níveis cognitivos, emocionais e existenciais. Na Anorexia Nervosa, esse tipo de intervenção pode facilitar a reconfiguração do self corporal, promovendo uma reconciliação com o corpo e o abandono de padrões de autocrítica extrema (Skårderud, 2007; Hutson et al., 2022).

Ao permitir experiências de transcendência do ego e dissolução de crenças rígidas, os psicadélicos criam janelas de plasticidade onde novas narrativas de identidade e aceitação podem emergir (Carhart-Harris & Friston, 2019). Essa possibilidade de “reset” psíquico é única e altamente relevante em quadros resistentes como a Anorexia Nervosa.

Embora os estudos ainda sejam iniciais, os resultados sugerem que os psicadélicos podem ser ferramentas transformadoras quando integrados a contextos clínicos seguros e abordagens psicoterapêuticas consistentes.

Entrevistas e Análise Qualitativa

Objetivos e Contexto do Estudo Qualitativo

O presente estudo envolveu entrevistas semiestruturadas, com duração média de uma hora e meia cada. Antes do início de cada entrevista, os participantes foram informados sobre os objetivos da investigação, as garantias de anonimato e confidencialidade, tendo posteriormente assinado o consentimento informado em conformidade com os princípios éticos da pesquisa. As entrevistas foram conduzidas seguindo um guião comum, estruturado em seis categorias temáticas principais: 1) infância e relações familiares, 2) relações com os

pares e autoimagem, 3) espiritualidade e religião, 4) expectativas e conhecimento prévio sobre os psicadélicos, 5) experiência com psicadélicos, 6) impacto pós-experiência e 7) perspectiva terapêutica. Este guião permitiu uma exploração abrangente das experiências individuais dos participantes, favorecendo a compreensão dos significados atribuídos às suas vivências e à forma como percebem o potencial terapêutico dos psicadélicos no seu processo pessoal.

O objetivo do presente estudo foi analisar os diferentes contextos pessoais e relacionais das participantes, considerando dimensões como a infância, as relações familiares, os vínculos interpessoais e a construção da autoimagem, procurando compreender de que forma estes fatores se interligam e influenciam o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, sob uma perspectiva psicodinâmica. Paralelamente, pretendeu-se explorar a possibilidade de as substâncias psicadélicas constituírem uma via terapêutica promissora, na medida em que os seus efeitos neurobiológicos e sensoriais parecem favorecer estados de clareza e ampliação da percepção, potencialmente facilitadores de processos de insight, autoaceitação e reconfiguração cognitivo-emocional. Cada participante apresentou experiências singulares, decorrentes de contextos distintos de utilização de psicadélicos, apenas uma em contexto terapêutico formal, e as restantes em contextos sociais ou de exploração pessoal. As entrevistas foram estruturadas em sete categorias temáticas, concebidas para abranger diferentes níveis de experiência e de significação, desde a infância e relações familiares até ao desenvolvimento da patologia e à vivência psicadélica propriamente dita. Cada categoria foi posteriormente analisada segundo subcategorias específicas, permitindo identificar correlações e padrões de sentido entre os contextos biográficos, emocionais e a experiência psicadélica, com o intuito de compreender o seu potencial integrador no processo terapêutico.

Participantes

O estudo contou com a participação de quatro mulheres, com idades compreendidas entre os 25 e os 48 anos. As participantes foram recrutadas através de um processo de amostragem por conveniência, tendo em conta a natureza exploratória e qualitativa do estudo. A seleção baseou-se na acessibilidade e disponibilidade das pessoas em partilhar as suas experiências, de modo a permitir uma compreensão aprofundada de fenómeno em análise. As participantes foram selecionadas segundo critérios previamente definidos, que incluíam ter ou

não diagnóstico de perturbação alimentar de acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Nos casos em que não existia um diagnóstico formal, as participantes apresentavam um historial de vivências associadas a comportamentos ou perceções de natureza disfuncional em relação à alimentação e à imagem corporal. Entre estas, identificaram-se os seguintes quadros diagnósticos: Bulimia Nervosa Purgativa associada a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa Purgativa, e Perturbação de Compulsão Alimentar Purgativa. A quarta participante, embora sem diagnóstico clínico estabelecido, relatou vivências compatíveis com comportamentos disfuncionais relacionados com a alimentação, controlo corporal e imagem de si, demonstrando igualmente vulnerabilidade emocional associada a estes padrões.

Outro critério de inclusão consistiu em terem experienciado o uso de substâncias psicodélicas, quer em contexto terapêutico, quer fora dele. Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e aceitaram participar de forma voluntária, mediante assinatura do consentimento informado.

Procedimento

As participantes receberam uma breve introdução acerca dos objetivos e da estrutura da entrevista, sendo-lhes explicado o propósito do estudo e o modo como os dados seriam utilizados. Posteriormente, foi apresentado e assinado o consentimento informado, no qual expressaram o seu acordo quanto à gravação áudio da entrevista e à utilização das informações recolhidas de forma anónima para fins académicos no âmbito da presente dissertação. Após a assinatura do consentimento, deu-se início à realização das entrevistas. Estas decorreram, maioritariamente, num gabinete reservado, cuidadosamente preparado para garantir um ambiente neutro, confortável e propício à expressão pessoal. Apenas uma das entrevistas foi conduzida de forma remota, através da plataforma Zoom, mantendo-se as mesmas condições de confidencialidade e privacidade. Todas as entrevistas foram gravadas integralmente em formato áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra em discurso direto. As gravações foram revistas pela investigadora com o intuito de assegurar a precisão e fidelidade da transcrição. De forma a preservar o anonimato, todos os dados identificativos foram removidos das transcrições, sendo as gravações eliminadas após a sua utilização para análise.

Análise de Dados

Os dados qualitativos obtidos nas entrevistas foram analisados através da Análise Temática Reflexiva (ATR), conforme o modelo proposto por Braun e Clarke (2006, 2019). Esta abordagem visa identificar, organizar e interpretar padrões de significado (temas) emergentes num conjunto de dados, proporcionando uma compreensão aprofundada das experiências subjetivas dos participantes. Trata-se de um método amplamente utilizado na investigação qualitativa, que permite uma interpretação flexível e iterativa dos dados, preservando simultaneamente a coerência teórica e a integridade contextual das narrativas (Braun & Clarke, 2012).

Este método já foi previamente aplicado em estudos qualitativos sobre experiências psicadélicas, nomeadamente no artigo *“This was something that changed my life”*: A Qualitative Study of the Experiences of Ketamine Treatment in Patients with Alcohol Use Disorder (Mollaahmetoglu et al., 2021). Tal precedente valida a adequação desta abordagem à exploração de experiências transformativas associadas ao uso terapêutico de substâncias psicadélicas.

A análise foi conduzida segundo uma abordagem psicodinâmica, que pressupõe uma relação simbólica entre linguagem, emoção e inconsciente, reconhecendo as descrições dos participantes como manifestações narrativas de conteúdos internos, conflitos psíquicos e processos de representação do self (Blatt & Luyten, 2009; Lemma, 2016). Esta perspetiva compreende o discurso não apenas como relato factual, mas como expressão de dinâmicas emocionais subjacentes e significações implícitas, refletindo a forma como o sujeito estrutura a sua experiência e atribui sentido às suas vivências (Fonagy & Target, 2007).

Seguindo as etapas propostas por Braun e Clarke (2006), procedeu-se à familiarização com as transcrições, à codificação inicial das unidades de significado, à identificação e revisão dos temas centrais, à definição e nomeação dos temas, e, finalmente, à interpretação integrativa dos dados. Esta análise permitiu explorar como as experiências individuais se articulam com o contexto biográfico e psicológico das participantes, identificando padrões de correlação entre fatores psicodinâmicos, história pessoal e vivências psicadélicas. Embora orientada por referenciais teóricos prévios, a interpretação manteve-se indutiva e aberta à emergência de novos significados, possibilitando captar dimensões subjetivas e simbólicas que não haviam sido descritas em estudos anteriores.

Procedimento de Análise

A investigadora procedeu à revisão integral das transcrições das entrevistas, analisando cada uma de forma individual e detalhada, com o intuito de se familiarizar profundamente com o conteúdo narrativo e experiencial das participantes. Este processo inicial permitiu uma compreensão contextual e simbólica de cada narrativa, favorecendo a identificação das nuances emocionais e temáticas que emergiam dos discursos (Braun & Clarke, 2006, 2019).

Após a leitura e análise preliminar, foram definidas subcategorias específicas para cada entrevista individual, correspondentes a unidades de significado que refletiam aspetos distintos da experiência pessoal e terapêutica das participantes. Posteriormente, procedeu-se à comparação transversal das entrevistas, identificando padrões, correlações e temas recorrentes entre as narrativas individuais. Estes elementos comuns, emergentes da análise, foram sistematizados como subcategorias centrais, fundamentais para a compreensão do fenómeno estudado e para a sustentação teórica dos resultados.

Para uma melhor organização dos dados, foram elaboradas tabelas analíticas correspondentes a cada categoria principal, nas quais se encontram explicitadas as respectivas subcategorias, acompanhadas de excertos representativos em discurso direto das participantes. Estas citações foram selecionadas por refletirem de forma clara e autêntica os significados associados a cada subcategoria, permitindo uma visualização empírica dos resultados e reforçando a coerência interpretativa da análise (Nowell, Norris, White, & Moules, 2017).

Durante todo o processo analítico, a leitura foi sustentada por uma perspetiva psicodinâmica, que possibilitou uma interpretação mais profunda e simbólica dos conteúdos latentes, considerando elementos como a transferência, os mecanismos de defesa e as dinâmicas relacionais subjacentes. Esta abordagem permitiu ampliar a compreensão do material narrativo, atribuindo significado psicológico e emocional às manifestações discursivas (Blatt & Luyten, 2009; Lemma, 2016).

Resultados Qualitativos

Com base na análise temática reflexiva das entrevistas, emergiram seis categorias centrais que refletem as principais dimensões exploradas ao longo das narrativas das

participantes. Estas categorias foram identificadas a partir da recorrência de significados, padrões emocionais e conteúdos simbólicos presentes nos discursos, permitindo uma compreensão aprofundada das suas experiências subjetivas.

As temáticas identificadas correspondem a:

- (1) Infância e relações familiares
- (2) Relações com os pares e autoimagem
- (3) Espiritualidade e religião,
- (4) Expectativas e conhecimento prévio sobre os psicadélicos,
- (5) Experiência com psicadélicos
- (6) Impacto pós-experiência e perspectiva terapêutica.

Estas categorias serão exploradas detalhadamente nas subcategorias seguintes, procurando evidenciar as interligações entre as experiências pessoais, os fatores psicodinâmicos e os efeitos subjetivos decorrentes do uso de psicadélicos, de modo a compreender o seu potencial papel terapêutico no contexto das perturbações alimentares.

De modo geral, as participantes partilham trajetórias pessoais marcadas por experiências de conflito interno, exigência e controlo, frequentemente acompanhadas de sentimentos de inadequação e baixa autoestima, o que reforça a pertinência da análise sob lentes psicodinâmicas para a compreensão dos seus processos subjetivos e das dinâmicas subjacentes aos distúrbios alimentares.

Categoria 1 – Infância e Relações Familiares (Anexo A)

A Categoria 1, Infância e Relações Familiares, tem como objetivo explorar as experiências emocionais precoces e os padrões relacionais que se formam na infância, especialmente no contexto das relações com as figuras parentais. A compreensão destas dinâmicas é fundamental para o entendimento da construção do self, dos mecanismos de regulação emocional e da génese de psicopatologias como a Anorexia Nervosa. De acordo com Bowlby (1988), as experiências de vinculação nos primeiros anos de vida formam um modelo interno que orienta as futuras relações afetivas e a perceção de segurança no mundo. Quando o ambiente familiar é marcado por instabilidade, ausência de previsibilidade ou afeto inconsistente, o sujeito tende a desenvolver estratégias defensivas de controlo e retraimento (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Winnicott, 1965). As subcategorias que compõem esta dimensão permitem identificar as principais áreas de vulnerabilidade emocional

observadas durante a infância, frequentemente associadas à emergência de perturbações do comportamento alimentar na idade adulta.

1. Ansiedade de Separação

Esta subcategorias avalia o medo de abandono e a angústia associada à ausência das figuras parentais, em especial da figura materna. A ansiedade de separação é um indicador clássico da qualidade da vinculação estabelecida entre mãe e filho (Bowlby, 1969). Quando o cuidado é imprevisível ou inconsistente, a criança desenvolve um padrão ansioso de apego, caracterizado por dependência emocional, necessidade de controlo e medo de rejeição (Ainsworth, 1979). No contexto da Anorexia Nervosa, esta insegurança primária pode manifestar-se sob a forma de hipervigilância afetiva e autossuficiência defensiva (Bruch, 1973).

2. Instabilidade Familiar

A instabilidade familiar refere-se à presença de conflito, tensão emocional ou imprevisibilidade nas relações parentais. Ambientes familiares caóticos tendem a comprometer o desenvolvimento de uma base segura, favorecendo o aparecimento de padrões de controlo e ansiedade (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Em diversos estudos, as disfunções familiares estão associadas à interiorização de sentimentos de culpa, insegurança e desvalorização, frequentemente observados em perturbações alimentares (Treasure, 2013). A criança aprende, desde cedo, que o amor pode ser condicional, internalizando um modelo relacional marcado pela instabilidade e pela necessidade de corresponder às expectativas externas.

3. Tentativa de Controlo

A tentativa de controlo constitui uma resposta defensiva ao sentimento precoce de impotência. Através dela, o sujeito procura restabelecer previsibilidade e segurança perante um ambiente emocionalmente desorganizado. Bruch (1982) descreve o controlo corporal como uma forma simbólica de restaurar o domínio interno, transformando o corpo em território de ordem e disciplina. Assim, o controlo sobre a alimentação e o peso adquire função adaptativa, permitindo ao indivíduo converter a vulnerabilidade emocional em sensação de poder. No entanto, este processo, quando rigidamente mantido, converte-se num padrão patológico de autolimitação e autonegação (Stern, 1985).

4. Problemas com a Amamentação

Esta subcategoria avalia as dificuldades iniciais no processo de amamentação e as suas implicações simbólicas na relação mãe-bebé. A alimentação, mais do que uma necessidade biológica, representa o primeiro canal de comunicação afetiva entre ambos (Winnicott, 1960). Quando este momento é vivido com tensão, rejeição ou falha na sintonia emocional, o alimento perde a sua função relacional e transforma-se num objeto de conflito. Estudos psicanalíticos clássicos identificam nestas experiências precoces a origem de padrões ambivalentes face ao alimento e ao próprio corpo (Krüger, 2001). Assim, as dificuldades na amamentação podem ser entendidas como manifestações iniciais de perturbações na confiança básica e na capacidade de integração emocional.

5. Vinculação

A vinculação representa o laço emocional estabelecido entre a criança e as figuras de cuidado, constituindo o protótipo de todas as relações futuras (Bowlby, 1988). Um vínculo seguro permite a formação de um self coeso e uma adequada regulação emocional (Fonagy et al., 2002). Por outro lado, vínculos inseguros — ansiosos, evitantes ou desorganizados — tendem a gerar padrões de autoexigência, medo de rejeição e distorções da autoimagem, frequentemente observados em perturbações alimentares (Ward, Ramsay, & Treasure, 2000). A compreensão dos estilos de vinculação é, portanto, essencial para interpretar o modo como o sujeito se relaciona com o corpo, com os outros e com a comida.

6. Tentativa de Controlo do Objeto Materno

Esta subcategoria diz respeito ao esforço inconsciente do sujeito em controlar ou antecipar o comportamento da figura materna, de forma a garantir a sua disponibilidade emocional. Ferenczi (1933) e Winnicott (1965) descreveram este mecanismo como uma inversão relacional precoce, na qual a criança procura estabilizar emocionalmente a mãe, tornando-se o “objeto reparador” da relação. Tal dinâmica, quando internalizada, pode manifestar-se na vida adulta através de comportamentos de auto-sacrifício, perfeccionismo e controlo do corpo. Na Anorexia Nervosa, o corpo passa a simbolizar o espaço de poder e expressão do sujeito, traduzindo a tentativa inconsciente de controlar o outro através de si próprio (Abraham & Llewellyn-Jones, 1992).

Categoria 2 - Relações com os Pares e Autoimagem (Anexo B)

A segunda Categoria, Relações com os Pares e Autoimagem, centra-se na forma como o sujeito se percebe e se constitui no olhar do outro, explorando os efeitos das interações sociais, do espelho relacional e da cultura da imagem na construção do self. A adolescência, em particular, é um período crítico para a consolidação da identidade corporal e da autoestima, estando fortemente influenciada pelos processos de comparação social e validação externa (Blos, 1962; Harter, 2012). As experiências precoces de rejeição, humilhação ou idealização contribuem para feridas narcísicas profundas, frequentemente manifestadas em distorções da autoimagem, vergonha corporal e retraimento social (Lewis, 1992; Steinberg & Morris, 2001).

A Categoria abrange seis subdimensões que procuram compreender as dinâmicas emocionais e relacionais associadas à percepção do corpo e à construção do Eu no contexto interpessoal.

1. Vergonha Narcísica e Ferida Especular

A vergonha narcísica surge da discrepância entre a imagem idealizada do Eu e a percepção refletida no olhar do outro. É um afeto profundamente relacional, que se manifesta quando o sujeito sente a sua autoimagem exposta ou desvalorizada (Lewis, 1992). A ferida especular, conceito derivado de Lacan (1949), refere-se à rutura entre o corpo vivido e o corpo imaginado, originando um sentimento de alienação perante o próprio reflexo. Em sujeitos com perturbações alimentares, esta ferida traduz-se na experiência de “ver o corpo errado”, um corpo que não coincide com o sentido interno de identidade (Bruch, 1982; McDougall, 1989). Assim, o espelho e o olhar social funcionam como dispositivos de validação e, simultaneamente, de ameaça ao Eu.

2. Rivalidade e Ideal do Eu

A rivalidade emerge do confronto com o outro enquanto espelho comparativo, constituindo uma das expressões do narcisismo secundário (Freud, 1914/1957). O Ideal do Eu funciona como modelo interno de perfeição, frequentemente reforçado pela cultura visual e pelos padrões corporais promovidos pelos meios de comunicação (Cash & Smolak, 2011). A discrepância entre o corpo real e o idealizado produz sentimentos de inferioridade, inveja e

autocrítica exacerbada. Na Anorexia Nervosa, este mecanismo pode transformar-se numa busca incessante pela pureza e pelo domínio corporal, onde o corpo magro se torna o símbolo do Eu ideal (Bruch, 1973; Bordo, 1993).

3. Procura de Validação e Amor Condicional

Esta subcategoria explora a tendência para procurar aceitação, amor e reconhecimento através do desempenho, da aparência ou do controlo. O amor condicional — aquele que depende do cumprimento de expectativas externas — conduz o sujeito a relacionar o seu valor pessoal com a aprovação dos outros (Rogers, 1959). Em contextos de vulnerabilidade narcísica, o corpo converte-se num veículo de validação social, através do qual se procura ser visto, amado ou aceite (Ferreira, 2018). Em casos clínicos, observa-se frequentemente que a autoestima flutua conforme o grau de aprovação obtido, gerando uma dependência emocional e relacional que reforça os sintomas corporais (Fairburn, 2008).

4. Isolamento Defensivo e Retraimento Social

O isolamento defensivo constitui uma resposta protetora à vergonha, rejeição ou humilhação percebida. O retraimento social surge como tentativa de preservar a integridade psíquica diante de experiências de exposição ou comparação dolorosa (Gabbard, 2005). Na Anorexia Nervosa e noutras perturbações alimentares, o isolamento é frequentemente acompanhado por uma idealização da autossuficiência, funcionando como barreira contra a dependência emocional e o risco de ferida narcísica (Schmidt & Treasure, 2006). O sujeito isola-se, mas esse isolamento reforça o sentimento de inadequação e a autorreferência negativa.

5. Corpo como Objeto de Mediação Relacional

Nesta subcategoria, o corpo é compreendido como um mediador simbólico nas relações com os outros. Através dele, o sujeito comunica, seduz, repele ou busca reconhecimento (Orbach, 2009). Quando o corpo é investido como principal veículo de identidade, a dimensão relacional torna-se corporalizada — a magreza, o controlo alimentar e a aparência física passam a ser instrumentos de ligação e de poder (Levine & Smolak, 2018).

O corpo deixa de ser apenas habitado e passa a ser utilizado como forma de expressão inconsciente de afetos e conflitos, convertendo-se numa linguagem relacional.

6. Autoimagem Fragmentada e Alienação do Corpo

A fragmentação da autoimagem corresponde à vivência de um Eu dividido entre o corpo real e o corpo idealizado, frequentemente acompanhada de sentimentos de estranheza e dissociação (McDougall, 1989; Merleau-Ponty, 1945/2012). A alienação do corpo expressa-se quando o sujeito se percebe como observador externo da sua própria corporeidade, incapaz de integrar as sensações corporais numa narrativa coesa. No contexto das perturbações alimentares, esta alienação está associada à dificuldade em reconhecer o corpo como parte do Eu, surgindo comportamentos autodestrutivos e de negação das necessidades corporais (Skårderud, 2007).

7. Reconciliação com o Self Corporal

Esta última subcategoria reflete a possibilidade de integração e reconciliação entre corpo e identidade, traduzida na emergência de empatia e autocuidado. A reconstrução do self corporal implica o reconhecimento do corpo como espaço de vida e não como objeto de controlo (Brazão & Ramires, 2019). Em processos terapêuticos bem-sucedidos, observa-se a substituição da autocrítica pela autocompaixão e o restabelecimento de uma relação de respeito e ternura com o próprio corpo (Gilbert, 2010). Este movimento de reconciliação representa uma etapa essencial na recuperação e na redefinição da identidade pessoal.

Categoria 3 – Espiritualidade e Religião (Anexo C)

A Categoria 3 – Espiritualidade e Religião tem como finalidade compreender a forma como o indivíduo integra o domínio espiritual na sua vida psicológica e relacional. A espiritualidade, enquanto dimensão humana, está associada à busca de sentido, à ligação com o transcendente e à construção de valores existenciais (Pargament, 1997; Koenig, 2012). Diferencia-se, contudo, da religiosidade institucional, que envolve práticas, doutrinas e pertença a uma tradição organizada (Hill & Pargament, 2003).

Diversos estudos indicam que a espiritualidade pode funcionar como um fator de proteção psicológica e de reorganização cognitiva perante o sofrimento (Miller & Thoresen, 2003; Smith & Sells, 2020). Assim, esta categoria procura identificar de que modo as crenças e práticas espirituais se manifestam como recursos de segurança, ética e aceitação, refletindo a expansão da consciência e o desenvolvimento de uma relação mais compassiva com o eu e com o mundo.

1. Crença como Fonte de Sentido e Orientação

Esta subcategoria avalia o papel da crença na construção de significado e orientação na vida. A espiritualidade pode funcionar como um sistema de valores que oferece direção e propósito, especialmente em momentos de crise existencial. Frankl (1963) argumenta que o ser humano é movido pela “vontade de sentido”, e que a ausência deste conduz ao vazio existencial. A crença, nesse contexto, atua como mediadora entre o sofrimento e a esperança, permitindo reinterpretar a dor como parte de um processo de crescimento (Schnell, 2009; Pargament, 2011).

2. Relação com a Religiosidade Institucional

Esta subcategoria refere-se à relação do sujeito com estruturas religiosas formais, igrejas, rituais e tradições. A religiosidade institucional pode representar uma fonte de pertença, estabilidade e apoio social, mas também de conflito quando as práticas dogmáticas entram em dissonância com a experiência individual de fé (Hill & Pargament, 2003). A forma como o indivíduo se posiciona perante esta dimensão revela a sua autonomia espiritual e o grau de integração entre espiritualidade pessoal e religião organizada.

3. Espiritualidade como Prática de Proteção e Segurança

Esta dimensão analisa a espiritualidade enquanto recurso de proteção emocional e psicológica. A crença num poder superior ou numa ordem universal pode gerar sentimentos de segurança e contenção perante a incerteza (Koenig, 2012). Segundo Pargament (1997), a espiritualidade serve como um sistema de coping religioso, permitindo ao sujeito lidar com o stress e atribuir sentido às adversidades. Assim, práticas como a oração, a meditação ou os rituais simbólicos podem fortalecer o equilíbrio emocional e a resiliência (Ano & Vasconcelles, 2005).

4. Vivência Espiritual como Valor Ético e Relacional

A vivência espiritual manifesta-se também como prática ética e relacional, promovendo valores como a empatia, o cuidado e a solidariedade (Emmons, 1999). A espiritualidade, neste contexto, transcende a crença e torna-se um modo de ser e de estar no mundo, guiado pela compaixão e pelo reconhecimento da interdependência humana (Dalai Lama, 1999). Esta subcategoria procura compreender em que medida o indivíduo traduz a sua vivência espiritual em ações concretas de respeito e altruísmo, o que reflete um amadurecimento moral e afetivo (Fowler, 1981).

5. Crença e Aceitação da Impermanência/Sufrimento

Esta subcategoria aborda a capacidade de aceitar o sofrimento e a impermanência da vida como elementos inevitáveis da existência. No âmbito espiritual, a dor é frequentemente entendida como experiência transformadora e como oportunidade de crescimento (Richards & Bergin, 2005). A aceitação do sofrimento implica a renúncia ao controlo absoluto e o reconhecimento da transitoriedade de todas as coisas, conceito presente tanto nas tradições orientais como na psicologia existencial (Neff, 2003; Wilber, 2000). Esta aceitação permite reduzir a resistência emocional e cultivar serenidade perante o inevitável.

6. Gratidão e Presença

A gratidão e a presença representam expressões concretas da espiritualidade encarnada na vida quotidiana. A prática de gratidão está associada ao aumento do bem-estar psicológico e à melhoria da satisfação com a vida (Emmons & McCullough, 2003). Por sua vez, a atenção plena (mindfulness) estimula a consciência do momento presente e a aceitação sem julgamento (Kabat-Zinn, 1990). Ambas as atitudes revelam uma espiritualidade prática e integrativa, que se manifesta não apenas em crenças abstratas, mas em estados de consciência vividos e incorporados.

Categoria 4 – Expectativas e Conhecimento Prévio sobre Psicadélicos (Anexo D)

A Categoria 2 – Expectativas e Conhecimento Prévio sobre Psicadélicos tem como objetivo analisar a perceção, o conhecimento e as crenças formadas antes do primeiro contacto com substâncias psicadélicas, bem como as motivações e resistências associadas à decisão de experimentar. As expectativas influenciam profundamente a experiência

psicadélica, interagindo com fatores contextuais (set e setting) e com o estado psicológico prévio do indivíduo (Hartogsohn, 2016; Carhart-Harris et al., 2018).

As representações iniciais sobre os psicadélicos moldadas por discursos culturais, mediáticos e familiares podem funcionar tanto como barreiras quanto como facilitadores do envolvimento terapêutico (Johnson, Richards, & Griffiths, 2008). Compreender o conhecimento prévio e as intenções subjacentes à procura da experiência permite avaliar o grau de preparação cognitiva e emocional, bem como identificar possíveis mecanismos defensivos, resistências e preconceitos internalizados.

1. Grau de Conhecimento Prévio e Fontes de Informação

Esta subcategoria procura identificar o tipo e a profundidade do conhecimento que o sujeito possuía antes do contacto com os psicadélicos, bem como as suas fontes principais sejam mediáticas, interpessoais ou científicas. O conhecimento prévio é um dos fatores determinantes na formação de expectativas e na forma como a experiência será interpretada (Haijen et al., 2018). Estudos mostram que indivíduos informados sobre os potenciais efeitos terapêuticos e riscos tendem a apresentar maior sensação de controlo e integração após o uso (Griffiths et al., 2016). Já a ausência de informação ou a exposição a narrativas alarmistas pode intensificar o medo, o controlo e a resistência inicial (Johnson et al., 2019).

2. Crenças Associadas aos Psicadélicos

As crenças sobre os psicadélicos moldam o significado atribuído à experiência. Podem ir desde visões místicas e curativas até concepções moralistas e patologizantes herdadas do discurso social dominante (Hartogsohn, 2020). Segundo Studerus, Gamma e Vollenweider (2010), as crenças prévias influenciam diretamente o tipo de experiência relatada, tanto a sua valência emocional quanto o grau de dissolução do ego e de insight. Crenças negativas, muitas vezes associadas ao medo da perda de controlo, podem gerar ansiedade antecipatória; crenças positivas, por outro lado, favorecem abertura e confiança, facilitando a emergência de experiências significativas (Aday, Davis, & Mitzkovitz, 2021).

3. Motivação e Intenção de Uso

A motivação para o uso de psicadélicos pode emergir de múltiplos vetores: curiosidade, busca espiritual, autoconhecimento, alívio do sofrimento ou desejo de transformação pessoal. A intenção, entendida como o propósito consciente que antecede a experiência, tem sido reconhecida como um dos principais preditores da qualidade e

profundidade das experiências psicadélicas (Griffiths et al., 2018; Haijen et al., 2018). A literatura mostra que o uso com finalidade terapêutica ou introspectiva tende a gerar efeitos mais positivos e duradouros, enquanto motivações hedonistas ou de fuga estão associadas a experiências fragmentadas e de menor integração (Davis et al., 2020).

A clarificação da intenção é, portanto, um processo psicologicamente protetor, permitindo que o sujeito construa um enquadramento simbólico coerente com os conteúdos emergentes da experiência.

4. Expectativas em Relação à Experiência Subjetiva

Esta subcategoria investiga as imagens mentais, antecipações e projeções formadas acerca da experiência psicadélica. As expectativas, conscientes ou inconscientes, funcionam como um filtro interpretativo, podendo amplificar ou mitigar determinados efeitos (Hartogsohn, 2016). A psicologia da antecipação sugere que as expectativas criam um campo de probabilidade fenomenológica, influenciando a forma como os estímulos serão experienciados (Carhart-Harris & Friston, 2019). Quando as expectativas são excessivamente idealizadas por exemplo, de uma “cura total” ou de um “êxtase espiritual” o desfasamento entre fantasia e realidade pode gerar frustração ou resistência (Aday et al., 2021).

Por outro lado, expectativas equilibradas e informadas favorecem a rendição ao processo e a confiança no curso da experiência.

5. Medos, Resistências e Preconceitos Prévios

Esta subcategoria avalia as apreensões e os mecanismos defensivos anteriores à vivência psicadélica. Tais resistências podem advir de medos de descontrolo, de perda do eu, de confronto com conteúdos reprimidos ou de internalização de estigmas culturais associados às drogas (Sessa, 2012). Estudos demonstram que o medo antecipatório pode aumentar o risco de experiências difíceis ou ansiogênicas, sobretudo quando o indivíduo se encontra em ambiente pouco seguro ou com suporte emocional limitado (Carbonaro et al., 2016).

Contudo, a análise desses medos revela material simbólico relevante, frequentemente relacionado com conflitos inconscientes, estruturas de defesa e dinâmicas de controlo (Frecska, 2011). O reconhecimento consciente das resistências, aliado a um setting terapêutico seguro, constitui um passo essencial para a integração posterior da experiência.

C 5 – Experiência com Psicadélicos (Anexo E)

A Categoria 5 analisa os principais domínios fenomenológicos e psicológicos emergentes durante a experiência psicadélica. Baseia-se em evidências da neurociência, da psicologia fenomenológica e da psicoterapia assistida por psicadélicos, com foco na vivência subjetiva e na forma como esta se integra na consciência após o evento. Cada subcategoria representa um eixo fundamental da experiência (Griffiths et al., 2018; Carhart-Harris et al., 2014).

1. Contexto e preparação da experiência (Setting)

O “setting”, ambiente físico, emocional e interpessoal em que ocorre a experiência é um determinante crucial do seu desfecho. Estudos demonstram que um ambiente seguro, esteticamente agradável e mediado por facilitadores empáticos favorece estados de abertura e confiança (Hartogsohn, 2016). A preparação psicológica prévia, incluindo definição de intenções e expectativas realistas, reduz a probabilidade de respostas ansiogênicas e aumenta a integração posterior (Johnson, Richards, & Griffiths, 2008). Assim, o setting atua como uma moldura de contenção simbólica, promovendo uma experiência emocionalmente significativa.

2. Intensidade e qualidade da experiência subjetiva

A intensidade varia consoante a substância, dose, sensibilidade individual e contexto. Pode incluir alterações profundas da percepção, do tempo e da identidade (Carhart-Harris & Friston, 2019). A qualidade subjetiva é frequentemente descrita como “inefável” ou “mística”, marcada por sentimentos de amor, unidade, beleza e empatia (Griffiths et al., 2006). Estas vivências, quando integradas num contexto terapêutico, correlacionam-se com maior bem-estar e redução de sintomas ansiosos e depressivos (Davis et al., 2020).

3. Confronto emocional e conteúdos emergentes / Morte do Ego

Durante a fase de pico, ocorre frequentemente o que se designa “morte do ego” uma dissolução transitória das fronteiras entre o “eu” e o ambiente (Millière et al., 2018). Esta dissolução pode despertar material inconsciente reprimido, levando ao confronto com emoções intensas, medos e traumas. Embora desafiantes, estas experiências catalisam reconfigurações cognitivas e emocionais, quando acompanhadas de suporte adequado (Watts, Day, Krzanowski, Nutt, & Carhart-Harris, 2017).

4. Experiência corporal e reconexão somática

O corpo torna-se veículo de percepção e simbolização, frequentemente reinterpretado com ternura ou reverência. A consciência somática expandida sentir o corpo “como templo”, “energia” ou “extensão do cosmos” representa a integração entre dimensões físicas e espirituais (Loizaga-Velder & Verres, 2014). Este reencontro corporal está associado à redução da dissociação e ao restabelecimento de vínculos internos de cuidado e compaixão (Grof, 2000).

5. Insights e reconfiguração cognitiva

Os estados psicadélicos promovem reorganizações cognitivas significativas, permitindo novas narrativas sobre o self e o sofrimento (Carhart-Harris & Friston, 2019). A diminuição temporária da rigidez das redes cerebrais, especialmente da default mode network, favorece flexibilidade cognitiva, insight e autoaceitação (Carhart-Harris et al., 2014). Estes insights, quando verbalizados e integrados, sustentam mudanças duradouras de comportamento e de sentido existencial (Watts & Luoma, 2020).

6. Sentido espiritual e existencial atribuído à experiência

As experiências psicadélicas são frequentemente descritas como espirituais, místicas ou transcendentais. Relatos de unidade, amor universal e dissolução do eu, reforçam um sentimento de ligação e de pertença ao todo (Griffiths et al., 2008). Tal dimensão espiritual associa-se a melhorias significativas em bem-estar e propósito de vida, sendo um dos preditores mais consistentes de benefício terapêutico (Yaden et al., 2017).

7. Integração pós-experiência e impacto duradouro

A integração refere-se ao processo de dar sentido e traduzir a experiência em mudanças concretas na vida diária. Inclui elaboração verbal, expressão artística, acompanhamento psicoterapêutico e práticas contemplativas. A ausência deste processo pode levar à fragmentação ou à idealização da experiência (Phelps, 2017). A integração bem-sucedida traduz-se em aumento de autoaceitação, gratidão e coerência interna.

Categoria 5 – Impacto Pós-Experiência (Anexo F)

A Categoria Impacto Pós-Experiência procura compreender os efeitos psicológicos, emocionais e comportamentais subsequentes às experiências psicadélicas. Engloba domínios relativos à reconstrução da autoimagem, à regulação emocional, à integração de insights e à percepção do benefício terapêutico. A literatura científica tem demonstrado que a integração pós-experiência constitui um dos fatores críticos para a manutenção dos ganhos terapêuticos e para a prevenção de fragmentação psíquica (Phelps, 2017; Watts & Luoma, 2020).

1. Autoimagem e Autocompaixão

A vivência psicadélica pode promover uma reconfiguração profunda da autoimagem, frequentemente associada a sentimentos de aceitação e ternura por si mesmo. Esse fenómeno está relacionado à diminuição da autocrítica e ao aumento da autocompaixão (Wagner et al., 2022). Em diversos estudos, participantes relataram perceber-se “mais do que um corpo” ou sentir-se “reconciliados com a própria humanidade”, indicando uma integração emocional do self corporal e simbólico (Watts et al., 2017). Tal processo pode ser interpretado como a dissolução de padrões cognitivos negativos, substituídos por uma percepção mais empática e integradora do eu.

2. Regulação Emocional e Ansiedade

Após a experiência psicadélica, observam-se melhorias consistentes na regulação emocional, com redução de sintomas ansiosos e depressivos (Davis et al., 2020). Esse efeito é frequentemente atribuído à ampliação da tolerância emocional e à reinterpretação do sofrimento como componente inevitável, mas transformável, da existência (Watts et al., 2017). O contacto com conteúdos dolorosos, quando sustentado por um enquadramento seguro, permite a libertação de respostas defensivas e o surgimento de estados de calma e aceitação (Roseman et al., 2018).

3. Integração de Insights

A integração dos insights obtidos durante a experiência psicadélica constitui uma fase essencial do processo terapêutico. Consiste em traduzir os significados e percepções emergentes em mudanças concretas de comportamento, narrativa pessoal e relação com o mundo (Gorman et al., 2021). A literatura enfatiza que os maiores benefícios ocorrem quando o indivíduo consegue ligar os conteúdos simbólicos vivenciados — como visões, emoções ou

memórias — à sua história e aos seus padrões cognitivos (Watts & Luoma, 2020). A verbalização, a escrita reflexiva e a psicoterapia são ferramentas fundamentais nesse processo.

4. Benefício Terapêutico

Os benefícios relatados após experiências psicadélicas incluem aumento de bem-estar, sentido de propósito e capacidade de enfrentamento emocional (Griffiths et al., 2018; Garcia-Romeu et al., 2022). A sensação de renovação psicológica e de reconexão com o corpo e com os outros tem sido descrita como uma “cura integradora”, mais do que uma remissão sintomática (Watts et al., 2017). O efeito terapêutico parece resultar da combinação entre a intensidade emocional da experiência, o significado atribuído a ela e a sua adequada integração ao longo do tempo (Carhart-Harris & Friston, 2019).

Tabela Geral 8

Tabela Geral

Infância e Relações Familiares	Subcategoria	Citação (I, V, K e J)
	Angústia de Separação / Ansiedade extrema física	I - “sinto desconforto, ansiedade... insegurança... medo (...) medo de ser abandonada, medo de ninguém conseguir salvar-me se estiver em perigo (...) ficava enjoada por causa da ansiedade e com vontade de vomitar, dificuldade em respirar.”
	Evitamento/ Ansiedade de Aniquilação / Fuga	V - “Em situações de conflito fico sem ar, o corpo reage logo... a fuga ainda está presente e a necessidade de controlo com tudo, corpo, alimentação etc.”
	Triangulação Lealdades divididas	J - “Sempre fui muito ligada ao meu pai, ele mimava-me muito, sempre foi o meu herói.” “Mas, por outro lado, às vezes sentia que o meu padrasto era mais meu ‘pai’

		do que ele, porque eu passava mais tempo com ele. Isso até gerava confusão emocional.”
	Vergonha do corpo / Rejeição da comida	K - “A minha mãe dizia que eu era gorda, criticava o meu cabelo e a forma como me vestia.”. “Comecei a olhar para mim de outra forma (...). Evitei ir à praia e passei a pensar muito sobre como os outros me viam.”
	Tentativa controlo do corpo / Perda de controlo	I - “Eu tentava controlar o meu corpo porque sentia que tudo à minha volta era descontrolado (...) quando dei por mim não queria sair de casa, não conseguia controlar-me, tudo saía do meu controlo (...) eu só queria ser magra e sentir-me vazia e sentir controlo no meu corpo”
	Ataques ao self corporal/ fixação na autocrítica/	V - “Comia bastante e depois vomitava tudo para não engordar... gostava de sentir-me vazia, trazia-me paz (...) gosto de sentir fome, não gosto de me sentir cheia... a fome ficou associada ao afeto (...)
	Fusão Simbólica	I - “Vivi aquela traição como se fosse minha (...) Fui colo da minha mãe e a minha cama era o conforto das duas, dormíamos juntas às vezes (...) fui apoio da minha mãe e ajudei em muita coisa que uma miúda de 11 anos não devia ajudar (...) tive muita dependência de mama... usava para alimentação, mas também para conforto... houve dificuldade em “descolar”
Relações com os pares/ autoimagem	Vergonha Narcísica e Ferida Especular	I - “Lembro-me de ouvir pela primeira vez que era ‘larga’, gorda, feia, tinha muitos pêlos nas sobrancelhas, que nunca ia ter um namorado... Está gravado na minha cabeça, eu digo que não me lembro de não ter problemas

	com o meu corpo, mas lembro-me da primeira vez que vi que estava tudo errado comigo e foi a primeira vez que ouvi ‘és gorda’.”
Rivalidade e ideal do Eu	I - ““O meu maior desejo era ser “normal” ... simplesmente ser feliz (...) Eu só queria ser magra e sentir-me vazia e sentir controlo no meu corpo”
Procura de validação e amor condicional	K - “Relações posteriores já tiveram mais semelhanças com a forma como a minha mãe se relacionava: pessoas emocionalmente ausentes... parecia que procurava esta forma de estar da minha mãe nos meus parceiros. (...) Talvez me tivesse habituado à ideia de que aquilo era amor, ou simplesmente era uma vontade minha interna de resolver essa questão mas com pessoas diferentes.”
Isolamento defensivo e retraimento social	V - “Hoje sinto que preciso de espaço, de descanso.” “Vivo numa quinta, isolada, o que me dá paz.” “Gosto do controlo que isso me dá e de não depender de equipas, não tenho de depender nem falar com ninguém.”
Corpo como objeto de mediação relacional	I - “Excesso de exercício, supercontrolo no peso, não me permitia sair de casa de o peso na balança não fosse o que eu queria, se não estivesse eu não conseguia relacionar-me com as pessoas, fixada na minha imagem e na minha distorção de imagem.”
Autoimagem fragmentada e alienação do corpo	I - “...voltei a sentir-me feia e gorda e pouco desejada (...) O espelho era o meu maior inimigo no início, tentei perder o hábito de me olhar e sempre que olhava e via algo que não gostava

		(...)
	Reconciliação com o self corporal	K - “Senti amor-próprio e compaixão por mim mesma enquanto ser humano individual. E mais do que isso, senti propósito. Relativamente ao amor próprio, senti gratidão pelo meu corpo... hoje amo e nutro-o.”
Espiritualidade e Religião	Crença como fonte de sentido e orientação	I - “Sempre fui uma pessoa bastante espiritual. Cresci numa casa católica e num colégio católico, sempre estive perto de Deus e da sua mensagem. (...) As minhas crenças têm impacto todos os dias a toda a hora. Eu vejo o mundo com as minhas lentes, e as minhas crenças moldam tudo o que vejo e perceciono. Acredito que tudo acontece por uma razão e que devemos confiar e ouvir com atenção, sentir com atenção. Existem mensagem por todo o lado”
	Relação com a religiosidade institucional	K - “Fui criada num colégio católico, com freiras. Uma delas, a irmã Natália, marcou-me imenso e guardo memórias muito bonitas, era religiosa, mas sem extremismos.” “Mais tarde afastei-me da religião institucional, mas mantive valores como ‘não faças aos outros o que não queres que te façam a ti’.”
	Espiritualidade como prática de proteção e segurança	J - “Rezo sempre (por hábito do catolicismo) e uso proteções energéticas por me fazerem sentir segura.”
	Vivência espiritual como valor ético e relacional	I - “Vejo Deus em tudo e todos... e chamo Deus como podia chamar ‘Ser de Luz’. A espiritualidade é algo individual e cada um sente e vive à sua maneira, isso é o que nos torna seres

		únicos também.”
	Crença e aceitação da impermanência/ sofrimento	K - “Aceito a dor como aceito a felicidade e penso sempre que na dor eu vou aprender alguma coisa que mais à frente vai gerar felicidade.” “Se tiver de ser resolvido, será. Se não, também é porque não era para ser.”
	Gratidão e presença	J - “Agradeço e peço sempre que sinto... acredito na leveza de acreditar, na presença e proteção”. “A energia tem muito poder... podemos manifestar e construir o nosso futuro”
Expectativas e Conhecimento Prévio sobre Psicadélicos	Grau de conhecimento prévio e fontes de informação	V - “A minha irmã é toxicod dependente” - existe conhecimento prévio sobre o tema drogas/ psicadélicos “sou consciente do risco das drogas, muito pela experiência de ser irmã de uma pessoa adicta”.
	Crenças associadas aos psicadélicos	I - “...para alguém que sempre foi muito controlada e com medo de arriscar e perder o controlo aquela experiência foi importante para mim (...) Apesar de até então ter alguns receios, o normal, sempre tive medo de drogas e tudo o que as pessoas contam.”
	Motivação e intenção de uso	V - “Nunca usei de forma “recreativa” no sentido banal. Uso para auto-observação, o que o corpo e a mente me estão a dizer”
	Expectativas em relação à experiência subjetiva	V - “Mas não senti que tenha dito uma viagem como as pessoas descrevem ter com ayahuasca” - tinha uma expectativa sobre DMT que acabou por não ir de encontro com a realidade.
	Medos, resistências e preconceitos	J - “As pessoas na nossa sociedade

	prévios	sempre pintaram a situação de tal forma feia que sempre foi um tema que metia medo. Cresci numa escola católica com fortes valores, tanto eu como os meus amigos tínhamos medo de chegar perto de pessoas que sabíamos que tinham contacto (...) respondendo à sua pergunta... tinha medo”
Experiência com Psicadélicos	Contexto e preparação da experiência (setting)	K - “Fiz ayahuasca sete vezes, usei rapé e também o bufo alvarius. Sempre em contexto de ritual, nunca lúdico.” “A intenção é fundamental. A forma como entras na experiência define tudo o que vais encontrar.”
	Intensidade e qualidade da experiência subjetiva	I - “...foi a primeira vez que senti amor-próprio e empatia num nível que parecia transcendente. Foi como se tudo fizesse sentido, como se eu fosse amada e mais do que um simples corpo.”
	Confronto emocional e conteúdos emergentes/ Morte do Ego	K - “Senti o que era ser um pedófilo, um assassino, um violador.” “Vomitei medos, bloqueios, racionalizações, até me sentir mais leve.”
	Experiências de unidade, amor e transcendência	I - “Senti que fazia parte de algo maior do que a minha existência, que era fruto de algo divino, que era imperfeitamente perfeita (...) senti uma profunda gratidão...”
	Experiência corporal e reconexão somática	V - “Cheguei a falar ainda com a fala ‘presa’.” “Foi como um mergulho dentro de mim... sem perder a noção de realidade, com muita clareza, não existe perda de controlo no processo.”
	Insights e reconfiguração cognitiva	K - “Concluí que eu não sou nada

		daquilo, porque todos os dias escolho não o ser.” “Inteligência é saber tudo, sabedoria é aplicar só o que é necessário no momento certo.”
	Sentido espiritual e existencial atribuído à experiência	I - “Senti que fazia parte de algo maior do que a minha existência, que era fruto de algo divino, que era imperfeitamente perfeita, e que era o fruto de gerações e gerações de amor.
	Integração pós-experiência e impacto duradouro	I - Durante a experiência e após a mesma não havia dismorfia na minha cabeça (...) o pensamento que eu era mais do que um corpo e que era tudo aquilo que sempre quis ser ficaram durante algum tempo.”
Impacto Pós- Experiência	Autoimagem e Autocompaixão	K - “Trouxeram-me um amor-próprio que antes eu não tinha. Passei a olhar para o meu corpo com mais respeito e com mais ternura, como parte de mim e não como algo separado.”
	Regulação Emocional e Ansiedade	I - “Mudaram completamente a forma como me via. Durante a experiência e após a mesma não havia dismorfia na minha cabeça durante algum tempo”
	Integração de Insights	V - “O tema da “pedra” como já falei anteriormente estava ligado a ganhar e não reter e a minha dificuldade com o tema de ter sucesso e sair antes de consolidar. Senti que a cetamina mostrou raízes materiais (trabalho, dinheiro, segurança) mais do que, nesta fase, a relação direta com a comida.”
	Benefício Terapêutico	K - “Sim, acredito que sim. Claro que não é para todos, exige preparação e acompanhamento, mas eu sinto que pode abrir caminhos muito importantes na vida das pessoas. Pode

ajudar a encontrar respostas, a soltar pesos antigos e a olhar para si de forma mais amorosa. Para mim foi transformador e acredito que, num contexto terapêutico seguro, pode ser profundamente benéfico.”

Discussão Análise Qualitativa

A presente discussão tem como propósito analisar criticamente os resultados obtidos nas entrevistas clínicas realizadas, de forma a compreender os padrões emergentes entre as participantes relativamente às dimensões avaliadas pelas categorias de análise. Cada entrevista foi explorada em profundidade, permitindo identificar temas recorrentes e correlações entre as dimensões avaliadas, nomeadamente das áreas, Infância e relações familiares, Relações com os pares e autoimagem, Espiritualidade e religião, Expectativas e conhecimento prévio sobre os psicadélicos, Experiência com psicadélicos e Impacto pós-experiência e perspectiva terapêutica.

Na análise da primeira categorias, “Infância e Relações Familiares”, observou-se que todas as participantes apresentaram trajetórias semelhantes, apesar de pertencerem a contextos familiares distintos. Esta convergência sugere que, independentemente das diferenças socioeconómicas ou culturais, a forma como se estabeleceram os vínculos precoces com as figuras parentais desempenhou um papel central no desenvolvimento emocional das mesmas. De acordo com Bowlby (1988), a qualidade das primeiras relações de apego influencia profundamente o modo como o sujeito se relaciona consigo e com os outros ao longo da vida, sendo o vínculo inicial o alicerce da segurança afetiva.

A fase da amamentação destacou-se como ponto comum entre as narrativas de I e V, ambas relataram dificuldades significativas nesse período, ainda que com naturezas distintas. A participante I refere que utilizava a mama da mãe não apenas para alimentação, mas também como meio de conforto emocional, o que levou a episódios de mastite: “tive muita dependência de mama e causei mastites porque não só usava para alimentar, mas também para conforto (...) houve dificuldade em ‘descolar’ da mama”. Este relato aponta para uma relação de fusão afetiva e para uma dificuldade na separação simbólica da figura materna, aspetos frequentemente associados a padrões de dependência emocional e medo de abandono

(Winnicott, 1965). I - “sinto desconforto, ansiedade...insegurança...medo (...) medo de ser abandonada, medo de ninguém conseguir salvar-me se estiver em perigo...”

Por sua vez, V descreve que o leite materno era insuficiente, o que originou um déficit nutricional e dificuldades de crescimento, conduzindo à transição precoce para leites artificiais. V: “o leite dela era muito fraco, como água (...) eu não estava a ser nutrida o suficiente (...) mais tarde passei para leites artificiais (...) fiquei com a marca, associei o carinho e o colo da minha mãe a uma sensação de fome. Até hoje sinto prazer em estar com fome.” Este testemunho evidencia uma associação precoce entre afeto e privação, na qual o cuidado materno se confunde com a ausência de nutrição e satisfação.

Diversos autores sustentam que as experiências iniciais de amamentação constituem o primeiro modelo de relação entre necessidade, desejo e afeto, influenciando o modo como o indivíduo aprende a regular emoções e lidar com a carência (Stern, 1985; Fonagy & Target, 2007). A amamentação não é apenas um ato biológico, mas também um processo relacional simbólico, no qual o bebé internaliza a experiência de ser acolhido, nutrido e reconhecido. Quando esta dinâmica é marcada por frustração ou inconsistência, podem emergir dificuldades na diferenciação entre fome física e emocional, bem como padrões posteriores de busca ansiosa por validação afetiva (Schore, 2001).

Assim, os relatos de I e V evidenciam que perturbações no processo de amamentação podem deixar traços duradouros na organização afetiva e na perceção do autocuidado, sendo compatíveis com o que a literatura descreve como “falhas ambientais iniciais” (Winnicott, 1965) ou perturbações da confiança básica (Erikson, 1963). Apesar das diferenças de contexto, ambas as participantes revelam que as experiências precoces com a mãe moldaram o modo como percecionam a dependência, o afeto e a autonomia emocional.

Observou-se que todas as participantes relataram experiências de vinculação disruptiva durante a infância. As descrições das memórias infantis são marcadas por sentimentos de tristeza e ansiedade, refletindo um contexto emocional instável e um vínculo primário fragilizado. Quando questionadas sobre as recordações desse período, V refere: “tristeza, sobretudo ligada ao meu pai e às nossas dificuldades”, enquanto I afirma: “sendo muito honesta, a minha infância não é uma altura da minha vida que gosto particularmente de recordar e falar, honestamente sinto que grande parte apaguei da minha cabeça inclusive”.

A literatura sublinha que as experiências precoces de vinculação insegura, caracterizadas por negligência, inconsistência emocional ou ausência de afeto, estão associadas a níveis elevados de ansiedade e de hipervigilância emocional (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Mikulincer & Shaver, 2007). A criança que cresce num ambiente onde

o cuidado é imprevisível tende a desenvolver estratégias de controlo e autossuficiência defensiva para compensar a imprevisibilidade afetiva (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

Neste sentido, tanto I como V relataram que a infância foi vivida com intensa ansiedade, acompanhada da necessidade de exercer controlo sobre o ambiente e sobre si próprias. Esta necessidade emergiu como um mecanismo de defesa perante o sentimento de instabilidade emocional e impotência face ao meio. A literatura confirma que o controlo pode funcionar como uma tentativa inconsciente de restaurar previsibilidade em contextos de vinculação caótica ou emocionalmente desorganizada (Main & Hesse, 1990).

A necessidade de controlo foi um tema transversal a todas as participantes, manifestando-se de diferentes formas. I relatou: “a perda de controlo foi algo que me atormentou durante anos, eu congelava o meu corpo porque sentir que tudo à minha volta era descontrolado”. Este testemunho ilustra a internalização corporal do controlo, frequentemente descrita na literatura sobre perturbações alimentares como uma forma de domínio do corpo face ao caos emocional (Bruch, 1973). K afirmou: “era uma forma de me afirmar quem eu era e ter controlo no descontrolo (...) sempre gostei de ter muito controlo”, evidenciando a função identitária do controlo enquanto tentativa de autoafirmação. J declarou: “eu gosto de ter controlo sobre mim e sobre o meu corpo, não ter esse controlo dá-me ansiedade desde nova”, o que demonstra a ligação precoce entre controlo corporal e regulação emocional. Por fim, V sintetiza: “a perda de controlo é um tema para mim”, revelando a persistência desta dinâmica ao longo do desenvolvimento.

Segundo Fairburn, Shafran e Cooper (1999), a necessidade de controlo rígido é frequentemente observada em indivíduos com trajetórias marcadas por insegurança e imprevisibilidade afetiva, sendo o controlo sobre o corpo e os comportamentos uma forma de compensação psíquica. Do mesmo modo, Schmidt e Treasure (2006) referem que o controlo constitui um núcleo organizador de identidade em sujeitos cuja história de vinculação precoce foi instável, funcionando como tentativa de preservar a coerência do self.

Assim, é possível inferir que, nas participantes em análise, o controlo surge como resposta adaptativa à ansiedade relacional vivida na infância, atuando inicialmente como mecanismo de sobrevivência emocional, mas podendo posteriormente consolidar-se em padrões rígidos de funcionamento, associados a dificuldades de flexibilidade emocional e relacional (Lyons-Ruth, 2008).

Ainda na Infância e as Relações Familiares e, posteriormente, as Relações com os Pares desempenham um papel determinante na formação da autoimagem e no

desenvolvimento de padrões de relação com o corpo e com a alimentação. A literatura aponta que experiências precoces de crítica corporal, rejeição e falta de validação emocional podem constituir fatores de vulnerabilidade significativos para o surgimento de distúrbios alimentares (Bruch, 1973; Fairburn, 2008; Treasure, Schmidt & van Furth, 2020).

Nas narrativas das participantes, emergiram de forma consistente sentimentos de vergonha corporal e rejeição da comida, ambos acompanhados de uma profunda distorção da imagem corporal. Tais experiências manifestaram-se desde a infância e foram reforçadas tanto no contexto familiar quanto social. Uma das participantes, I, relatou: “descobri pelos outros que estava tudo errado em mim... desde então assumi essa afirmação e passei a verme assim... escondia-me na casa de banho, usava cintas para esconder a barriga”. V, por sua vez, descreveu a discrepância perceptiva entre a imagem real e a percebida: “via-me maior apesar de saber que já não estava, o espelho mostrava-me diferente”. Já K relatou críticas maternas constantes: “a minha mãe dizia que eu era gorda, criticava o meu cabelo e a forma como me vestia... comecei a olhar para mim de outra forma”. J trouxe o impacto da rejeição dos pares: “sofri de bullying na adolescência, chamavam-me ‘leitão’, isso fazia-me sentir que eu era mesmo a mais gordinha... restringia a alimentação, mesmo com fome não comia, assim vou perder peso”.

Estes testemunhos refletem um padrão comum de dismorfia corporal e de controlo alimentar orientado pela tentativa de compensar uma percepção interna de inadequação. Tal como referem Cash e Smolak (2011), a autoimagem é construída em interação com os outros significativos e tende a ser modulada por feedbacks sociais e familiares. Quando estes feedbacks são negativos, internaliza-se uma narrativa de vergonha, que frequentemente se transforma em autocritica e comportamentos restritivos (Goss & Allan, 2009).

De facto, estudos longitudinais demonstram que experiências de humilhação corporal na infância e adolescência estão fortemente associadas ao desenvolvimento de Anorexia e Bulimia Nervosa (Troop & Redshaw, 2012; Gilbert, 2003). A vergonha do corpo, quando internalizada, converte-se num mecanismo de autocontrolo e punição, frequentemente expresso na recusa alimentar (Matos et al., 2017).

Apesar das diferenças nos diagnósticos clínicos, todas as participantes demonstraram padrões de controlo do peso e da ingestão alimentar, evidenciando um funcionamento psicológico centrado na tentativa de regulação emocional através do corpo. Tal como salientam Vitousek e Manke (1994), a restrição alimentar pode ser compreendida como uma estratégia de domínio e segurança num contexto subjetivo marcado por sentimentos de insuficiência e vulnerabilidade.

Relativamente à dimensão da espiritualidade, observou-se que, embora com trajetórias diferentes, todas as participantes partilharam contacto com a religião católica durante a infância, tendo, contudo, manifestado um afastamento progressivo na adolescência, período em que procuraram outras formas de significação e conexão espiritual. A literatura sugere que a espiritualidade, especialmente quando não rigidamente institucionalizada, pode funcionar como mediadora no processo de autotransformação e integração emocional, frequentemente ativada em contextos de uso psicadélico (Griffiths et al., 2018; Watts et al., 2017).

Entre as participantes, apenas K procurou os psicadélicos motivada por uma ligação intensa com o domínio espiritual, relatando uma necessidade de respostas internas. Segundo as suas palavras: “...estava demasiado ligada à espiritualidade, a sentir tudo em excesso e precisava de respostas. Foi aí que experimentei. Fiz Ayahuasca sete vezes...sempre em contexto de ritual, nunca lúdico.” Este testemunho revela uma vivência mística orientada pela busca de equilíbrio emocional e sentido existencial, uma função reconhecida na literatura como um dos principais vetores terapêuticos das substâncias psicadélicas (Carhart-Harris & Friston, 2019).

Apesar das diferenças nos contextos e motivações, todas as participantes descreveram a presença de uma dimensão divina ou transcendente durante as experiências psicadélicas. V destacou a sua procura por um contexto de autodescoberta e auto-observação, sendo a única participante que realizou terapia assistida por Cetamina, a qual descreveu como profundamente gratificante. Tal como relatou, a experiência proporcionou “novas lentes” e “novos insights” sobre si mesma, resultando em melhoria da sintomatologia. Esta perceção é coerente com achados clínicos que indicam que terapias assistidas por cetamina e outros psicadélicos podem promover reestruturação cognitiva, redução de ruminação e aumento da autocompaixão (Dore et al., 2019; Nielson & Guss, 2018).

As restantes participantes experimentaram substâncias psicadélicas em contextos mais sociais, mas relataram efeitos igualmente positivos. Independentemente do setting, seja clínico, ritualístico ou social, as experiências convergiram quanto aos efeitos relatados: presença divina, dissolução do ego, aumento do amor próprio e da autoestima, sentimentos de compaixão, insights e clareza emocional. Em todas, observou-se o confronto com conteúdos emocionais latentes, frequentemente descrito como doloroso, mas libertador. Estes elementos são consistentes com a literatura que descreve as experiências psicadélicas como facilitadoras do acesso a estados ampliados de consciência e de integração emocional (Griffiths et al., 2019; Watts & Luoma, 2020).

As narrativas sugerem que a experiência psicadélica pode atuar como um desbloqueador de zonas cognitivas e emocionais inibidas pela rigidez psíquica característica de diversas psicopatologias, como a Anorexia Nervosa. De acordo com o modelo do “cérebro entrópico” de Carhart-Harris e Friston (2019), os psicadélicos reduzem a rigidez das redes neurais associadas ao controlo e à autoimagem, permitindo o surgimento de novas perspectivas e significados, uma “reconfiguração cognitiva” que, em contexto terapêutico guiado, pode promover mudanças profundas e duradouras.

A participante I relatou uma transformação temporária da percepção corporal: “durante e após a experiência não havia dismorfia na minha cabeça. O pensamento que eu era mais do que um corpo e que era tudo aquilo que sempre quis ser ficaram durante algum tempo.” Apesar de ter experimentado a substância em contexto lúdico, reconheceu o potencial terapêutico de um enquadramento clínico: “vejo muito potencial... acredito que em contexto clínico com segurança e acompanhamento profissional esse receio seria mais fácil de ultrapassar.”

Também J relatou alterações positivas na relação com o corpo e na sintomatologia alimentar após a experiência psicadélica. No entanto, emergiram igualmente limitações e resistências, nomeadamente o medo inicial e a necessidade de controlo, aspetos que podem dificultar a entrega à experiência e o início de um processo terapêutico. A literatura confirma que o controlo excessivo e a intolerância à incerteza são traços nucleares na Anorexia Nervosa e podem interferir na capacidade de se abrir a experiências não-lineares ou imprevisíveis (Hayes et al., 2014; Wildes et al., 2010).

Por conseguinte, a desmistificação e a divulgação de evidência científica sobre a segurança e eficácia das terapias assistidas por psicadélicos são essenciais para aumentar a confiança dos pacientes e dos profissionais. Estudos controlados e éticos, realizados em ambientes clínicos supervisionados, poderão contribuir para o fortalecimento de protocolos terapêuticos e para o avanço de uma psicoterapia integrativa, que una a neurociência, a espiritualidade e a reconfiguração cognitiva como vias de recuperação.

Discussão Final Integrada

A integração dos resultados provenientes da revisão literária com os dados qualitativos das entrevistas clínicas permite uma compreensão mais ampla e aprofundada do potencial terapêutico dos psicadélicos na reconfiguração cognitiva e emocional associada à

Anorexia Nervosa (AN). A convergência entre os dois eixos analíticos, empírico e experiencial, reforça a hipótese de que os psicadélicos podem atuar como catalisadores de mudança em múltiplos níveis: neurocognitivo, emocional, simbólico e espiritual (Carhart-Harris & Friston, 2019; Griffiths et al., 2018).

Reconfiguração Cognitiva e Flexibilização Psíquica

Os estudos revistos indicam de forma consistente que compostos como a psilocibina, a cetamina e a ayahuasca promovem a flexibilização de padrões cognitivos rígidos e de esquemas de pensamento autorreferenciais associados à obsessividade e à ruminação (Knatz Peck et al., 2023; Mills et al., 1998; Spriggs et al., 2021). Esta observação foi corroborada pelas narrativas das participantes, que relataram um alívio temporário da distorção da imagem corporal e uma percepção mais integrada do eu durante e após as experiências psicadélicas.

Tais evidências empíricas alinham-se com o modelo do “cérebro entrópico” (Carhart-Harris & Friston, 2019), segundo o qual os psicadélicos reduzem a rigidez das redes neurais responsáveis pela manutenção de padrões disfuncionais de controlo e autoavaliação negativa. As experiências subjetivas relatadas, como “ver-me diferente no espelho” ou “sentir que era mais do que um corpo”, sugerem uma temporária dissolução do eu egóico e uma expansão perceptiva que pode favorecer a reestruturação de esquemas cognitivos cristalizados (Watts & Luoma, 2020). Assim, tanto os dados quantitativos como os qualitativos apontam para a capacidade dos psicadélicos de facilitar estados de maleabilidade cognitiva que se revelam terapeuticamente valiosos no tratamento da Anorexia Nervosa, frequentemente marcada pela inflexibilidade mental (Wildes et al., 2010; Schmidt & Treasure, 2006).

Reconexão Emocional e Regulação Afetiva

Outro eixo de convergência entre os dois conjuntos de dados diz respeito à reconexão emocional e à capacidade de ressignificar experiências afetivas dolorosas. Na revisão literária, autores como Renelli et al. (2020) e Scolnick et al. (2020) descrevem a emergência de emoções reprimidas, acompanhadas de sentimentos de perdão e autocompaixão, após o uso de psicadélicos. De forma semelhante, as entrevistas revelaram que as participantes vivenciaram contacto com memórias precoces de carência e instabilidade emocional, frequentemente associadas à necessidade de controlo e à dissociação corporal.

Esses achados refletem um padrão psicodinâmico clássico em sujeitos com Anorexia, nos quais a restrição alimentar e o controle corporal funcionam como defesas contra a ansiedade relacional e o medo de perda do vínculo (Bruch, 1973; Fonagy et al., 2002). A experiência psicadélica, ao reduzir defesas cognitivas e afetivas (Nielson & Guss, 2018), possibilita o acesso a conteúdos emocionais recalcados e promove a reconexão com afetos básicos, favorecendo a integração de experiências fragmentadas do self. Este processo é coerente com o conceito de “reconexão emocional amplificada” descrito por Dechant et al. (2020), no qual a intensificação emocional sob o efeito psicadélico abre espaço para novas formas de regulação e aceitação do eu corporal e emocional.

Espiritualidade e Sentido de Transcendência

Tanto na literatura científica como nas entrevistas analisadas, a espiritualidade emergiu como dimensão mediadora da transformação subjetiva. Estudos com ayahuasca e psilocibina relatam sentimentos de união com o todo, transcendência e resignificação existencial (Lafrance et al., 2017; Griffiths et al., 2019). De modo análogo, as participantes descreveram experiências de presença divina, dissolução do ego e conexão com algo superior, frequentemente associadas a estados de paz e aceitação.

A espiritualidade, entendida aqui não como religiosidade institucional, mas como sentimento de integração e pertença, parece desempenhar um papel restaurador, oferecendo uma via simbólica de reconciliação com o corpo e com o eu (Watts et al., 2017; Lafrance et al., 2021). Este fenômeno sugere que as experiências psicadélicas podem reativar uma dimensão de sentido e valor existencial que se encontra muitas vezes comprometida em sujeitos com AN, cuja autoimagem é pautada por ideais de perfeição e desvalorização do corpo (Treasure, Schmidt & van Furth, 2020). Assim, a espiritualidade experienciada nos estados alterados de consciência pode funcionar como mediadora da autocompaixão e da aceitação corporal (Spriggs et al., 2021; Gilbert, 2003).

Vinculação, Controle e Transformação Identitária

Os resultados qualitativos evidenciam que a necessidade de controle, originada em vínculos precoces inseguros, constitui um núcleo identitário nas participantes, um mecanismo de compensação perante a imprevisibilidade afetiva (Fairburn et al., 1999; Lyons-Ruth, 2008). Esse padrão foi descrito de forma convergente pela literatura sobre Anorexia Nervosa,

que identifica o controlo como estratégia central de regulação emocional e autopreservação (Vitousek & Manke, 1994).

A exposição psicadélica, ao induzir estados de rendição e dissolução do controlo, parece contrapor-se diretamente a esse funcionamento rígido, abrindo espaço para a experiência da vulnerabilidade segura. Este fenómeno é consistente com achados experimentais que demonstram que o relaxamento temporário do controlo cognitivo sob psicadélicos pode permitir novas aprendizagens emocionais e redução da autocritica (Watts & Luoma, 2020; Carhart-Harris et al., 2018). As narrativas das participantes, que relatam “perder o medo” e “ver-se com amor”, confirmam empiricamente a hipótese de que o processo psicadélico pode facilitar a desidentificação com narrativas internas punitivas e fomentar a emergência de um self mais compassivo e integrado (Goss & Allan, 2009).

Integração Terapêutica e Implicações Clínicas

Os resultados integrados apontam para um paralelismo claro entre os mecanismos psicodinâmicos identificados nas narrativas e os correlatos neuropsicológicos descritos nos estudos experimentais. A literatura sugere que a neuroplasticidade induzida por psicadélicos, associada à redução de atividade em redes de controlo e autocritica, pode sustentar a reconfiguração cognitiva observada nas experiências clínicas e subjetivas (Carhart-Harris et al., 2017; Dore et al., 2019).

Contudo, os efeitos positivos dependem fortemente do setting terapêutico, um contexto seguro, apoio profissional e integração pós-experiência. As próprias participantes reconheceram que, apesar de resultados pontualmente transformadores, o potencial terapêutico poderia ser amplificado em enquadramento clínico. Tal constatação converge com a literatura que defende que a eficácia psicadélica é maximizada quando combinada com psicoterapia integrativa e acompanhamento contínuo (Nielson & Guss, 2018; Watts & Luoma, 2020).

Conclusão

A articulação entre os dados da revisão literária e os resultados qualitativos das entrevistas sustenta a tese de que as terapias assistidas por psicadélicos representam uma via promissora para a reconfiguração cognitiva, emocional e espiritual em casos de Anorexia Nervosa. Os achados evidenciam que estas substâncias, quando administradas em contexto

terapêutico e supervisionado, favorecem a flexibilização de padrões cognitivos rígidos, a reconexão emocional e o restabelecimento de uma relação mais compassiva com o corpo e o self.

A convergência entre evidência empírica e experiência subjetiva reforça o potencial dos psicadélicos enquanto agentes de transformação multidimensional, capazes de integrar abordagens neurobiológicas, cognitivas e existenciais. Futuras investigações controladas, com amostras clínicas amplas e protocolos psicoterapêuticos estruturados, serão essenciais para consolidar a segurança, a eficácia e a aplicabilidade deste modelo terapêutico no tratamento da Anorexia Nervosa e de outros distúrbios do espectro alimentar.

Uma das principais limitações do presente estudo qualitativo prende-se com a dimensão reduzida da amostra, composta por apenas quatro participantes, das quais apenas uma experienciou efetivamente a terapia assistida com cetamina. Esta limitação condiciona a generalização dos resultados e restringe a compreensão da amplitude das experiências subjetivas associadas à terapia psicadélica. Adicionalmente, a percepção de controlo e o medo da perda de controlo emergiram como fatores relevantes que podem influenciar a disponibilidade para iniciar este tipo de tratamento, refletindo possíveis barreiras psicológicas e culturais. O conhecimento prévio sobre substâncias psicadélicas e o processo de desmistificação da imagem social das “drogas” também se revelaram elementos que interferem na forma como as participantes interpretam e se posicionam perante este tipo de intervenção. Cumpre ainda salientar que os estudos clínicos existentes sobre psicadélicos e perturbações alimentares ainda se encontram em fases iniciais, o que limita o suporte empírico e a consolidação de evidências robustas, apesar de os resultados preliminares se mostrarem promissores e encorajadores.

Para investigações futuras, sugere-se a realização de estudos com amostras mais amplas e diversificadas, incluindo participantes com diferentes diagnósticos de perturbações alimentares, de modo a permitir uma análise comparativa entre subtipos clínicos. Seria igualmente relevante aprofundar o papel dos psicadélicos clássicos, como a psilocibina ou o LSD, em comparação com substâncias dissociativas como a cetamina, de forma a compreender as especificidades neuropsicológicas e fenomenológicas de cada abordagem. A integração de métodos mistos, combinando entrevistas qualitativas com medições neurobiológicas ou psicométricas, para correlacionar mudanças subjetivas com marcadores objetivos de melhoria clínica. Por fim, futuros estudos poderiam explorar a relação entre a

experiência psicadélica e os constructos de autoaceitação, compaixão e reconexão corporal, aspetos frequentemente comprometidos na anorexia nervosa.

Referências Bibliográficas

- Abdallah, C. G., Sanacora, G., Duman, R. S., & Krystal, J. H. (2020). Ketamine and rapid-acting antidepressants: A window into a new neurobiology for mood disorder therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 71, 451–464.
- Abraham, S. F., & Llewellyn-Jones, D. (1992). *Eating disorders: The facts* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Aday, J. S., Davis, A. K., & Mitzkovitz, C. M. (2021). Predicting responses to psychedelic drugs: A systematic review of states and traits related to acute drug effects. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 424–435.
<https://doi.org/10.1021/acspsci.0c00170>
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Albaugh, B. J., & Anderson, P. O. (1974). Peyote in the treatment of alcoholism among American Indians. *American Journal of Psychiatry*, 131(11), 1247–1250.
<https://doi.org/10.1176/ajp.131.11.1247>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Andersen, A. M., Watts, R., & Carhart-Harris, R. (2023). Psychedelic therapy in treatment-resistant anorexia: A preliminary case series. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 103.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461–480.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Armstrong, J. G., & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 141–155. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198903\)8:2<141::AID-EAT2260080203>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198903)8:2<141::AID-EAT2260080203>3.0.CO;2-7)

Attia, E., Steinglass, J. E., Walsh, B. T., Wang, Y., Wu, P., Schreyer, C. C., Wildes, J. E., & Kaplan, A. S. (2019). Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 176(6), 449–456. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18060740>

Bastos A, Silva A. Anorexia: uma pseudo- separação frente a impasses na alienação e na separação. *Psicol. Clin.* 2006; 18(1):97-107

Bastos, M., & Silva, M. (2006). A constituição do sujeito e a relação com o Outro. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Bernardoni, F., et al. (2016). Neural correlates of body dissatisfaction in anorexia nervosa. *NeuroImage: Clinical*, 11, 70–79.

Biezonski, D. K., Cha, J., Steinglass, J. E., Posner, J., & Walsh, B. T. (2016). Evidence for selective prefrontal cortex abnormalities in anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology*, 41(9), 2021–2030. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.361>

Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793–814. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000431>

Blos, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. Free Press.

Bogenschutz, M. P., Forcehimes, A. A., Pommy, J. A., Wilcox, C. E., Barbosa, P., & Strassman, R. J. (2015). Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: A proof-of-concept study. *Journal of Psychopharmacology*, 29(3), 289–299.

Boone, L., Claes, L., & Luyten, P. (2014). Too rigid or too flexible? The relationship between perfectionism, inflexibility, and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 15(3), 391–394. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.001>

Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. University of California Press.

Bouso, J. C., et al. (2012). Personality, psychopathology, life attitudes and neuropsychological performance among ritual users of ayahuasca: A longitudinal study. *PLoS ONE*, 7(8), e42421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042421>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology* (Vol. 2, pp. 57–71). American Psychological Association.

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books.

Bruch, H. (1982). *Anorexia nervosa: Therapy and theory*. American Psychiatric Press.

Bruhn, J. G., De Smet, P. A., El-Seedi, H. R., & Beck, O. (2002). Mescaline use for 5700 years: An interdisciplinary study of San Pedro cactus. *Journal of Ethnopharmacology*, 81(2), 271–277. [https://doi.org/10.1016/S0378-8741\(02\)00082-5](https://doi.org/10.1016/S0378-8741(02)00082-5)

Calder, A., Mock, S., Friedli, N., Pasi, P., & Hasler, G. (2023). Psychedelics in the treatment of eating disorders: Rationale and potential mechanisms. *European Neuropsychopharmacology*, 75, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.05.008>

Cameron, L. P. et al. (2021). Psilocybin increases dendritic spine growth and synapse formation. *Neuron*, 109(16), 2694–2704.

Cameron, L. P., et al. (2021). Chronic psilocybin exposure exerts distinct effects on neural plasticity. *Cell Reports*, 35(3), 109–116.

Carbonaro, T. M., Bradstreet, M. P., Barrett, F. S., MacLean, K. A., Jesse, R., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1268–1278.
<https://doi.org/10.1177/0269881116662634>

Carhart-Harris, R. L. et al. (2016). Neural correlates of the LSD experience. *PNAS*, 113(17), 4853–4858.

Carhart-Harris, R. L. et al. (2021). Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *N Engl J Med*, 384(15), 1402–1411.

Carhart-Harris, R. L., & Friston, K. J. (2019). REBUS and the anarchic brain: Toward a unified model of the brain action of psychedelics. *Pharmacological Reviews*, 71(3), 316–344.

Carhart-Harris, R. L., & Nutt, D. J. (2017). Serotonin and brain function: A tale of two receptors. *Journal of Psychopharmacology*, 31(9), 1091–1120.

Carhart-Harris, R. L., Erritzoe, D., Williams, T., Stone, J. M., Reed, L. J., Colasanti, A., ... & Nutt, D. J. (2012). Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI

studies with psilocybin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(6), 2138–2143. <https://doi.org/10.1073/pnas.1119598109>

Carhart-Harris, R. L., et al. (2014). The entropic brain: A theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 20.

Carhart-Harris, R. L., et al. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: Six-month follow-up. *Psychopharmacology*.

Carhart-Harris, R. L., et al. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms. *Scientific Reports*, 6, 1–10.

Carhart-Harris, R. L., et al. (2017). Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms. *Scientific Reports*, 7(1), 13187. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13282-7>

Carhart-Harris, R. L., et al. (2021). Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *The New England Journal of Medicine*.

Carhart-Harris, R. L., Giribaldi, B., Watts, R., Baker-Jones, M., Murphy-Beiner, A., Murphy, R., ... & Nutt, D. J. (2021). Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *New England Journal of Medicine*, 384(15), 1402–1411. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032994>

Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Bolstridge, M., Demetriou, L., Pannekoek, J. N., Wall, M. B., ... & Nutt, D. J. (2018). Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms. *Scientific Reports*, 7, 13187. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13282-7>

Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Haijen, E., Erritzoe, D., Watts, R., & Branchi, I. (2018). Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of Psychopharmacology*, 32(7), 725–731. <https://doi.org/10.1177/0269881118754710>

Carvalho, Â. S. (2013). As problemáticas alimentares e a desnutrição na infância: a escuta psicanalítica. *Revista PEPSIC*.

Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Behav Ther*, 28, 103–121.

Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Claudino, A. M., Hay, P., Mond, J., & Biddle, D. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Medicine*, 17(1), 93–101.

<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1327-4>

Dakwar, E., et al. (2019). Therapeutic implications of ketamine in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 214(3), 151–153. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.47>

Dalai Lama. (1999). *Ethics for the new millennium*. Riverhead Books.

Danner, U. N., Evers, C., Stok, F. M., Boevé, A., van Elburg, A. A., & de Ridder, D. T. (2012). A double burden: Emotional eating and lack of cognitive flexibility in eating disorders. *Appetite*, 58(2), 470–473. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.12.005>

Davis, A. K., Barrett, F. S., May, D. G., Cosimano, M. P., Sepeda, N. D., Johnson, M. W., Finan, P. H., & Griffiths, R. R. (2020). Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 481–489.

Davis, A. K., et al. (2021). Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 481–489.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3285>

Daws, R. E., et al. (2024). Psilocybin-induced changes in brain connectivity persist for weeks. *Nature*, 630(8023), 45–53.

de Almeida, R. N., et al. (2019). Modulation of serum brain-derived neurotrophic factor by a single dose of ayahuasca: Observation from a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 10, 1234. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01234>

de Veen, B., et al. (2017). Ketamine for treatment-resistant depression and other psychiatric disorders: A review. **European Neuropsychopharmacology**.

de Vos, C. M. H., Mason, N. L., & Kuypers, K. P. C. (2021). Psychedelics and neuroplasticity: A systematic review unraveling the biological underpinnings. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 724606. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.724606>

Dechant, E., Boyle, B., & Ross, R. A. (2020). Cetamina em um paciente com anorexia comorbida e TDM. *Jornal de Saúde e Desenvolvimento da Mulher*, 3(2020), 373–375.

Dechant, M., et al. (2020). Emotional processing under psychedelics: A review. *Journal of Psychopharmacology*, 34(9), 913–927.

Dobkin de Rios, M. (1996). *Hallucinogens: Cross-cultural perspectives*. Prospect Heights: Waveland Press.

Dold, M., Aigner, M., Klabunde, M., Treasure, J., & Kasper, S. (2015). Second-generation antipsychotic drugs in anorexia nervosa: A meta-analysis of randomized

controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 110–116.

<https://doi.org/10.1159/000369978>

Domínguez-Clavé, E., et al. (2019). Ayahuasca: Pharmacology, neuroscience and therapeutic potential. *Brain Research Bulletin*, 126, 89–101.

<https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2019.01.022>

Dore, J., Turnipseed, B., Dwyer, S., Turnipseed, A., Andries, J., Ascani, G., Monnette, C., Huidekoper, A., Strauss, N., Wolfson, P., & Kelmendi, B. (2019). Ketamine assisted psychotherapy (KAP): Patient demographics, clinical data and outcomes in three large practices administering ketamine with psychotherapy. *Journal of Psychoactive Drugs*, 51(2), 189–198. <https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1587556>

Duman, R. S., & Aghajanian, G. K. (2012). Synaptic dysfunction in depression: Potential therapeutic targets. *Science*, 338(6103), 68–72.

<https://doi.org/10.1126/science.1222939>

Dyck, E. (2006). Flashback: Psychiatric experimentation with LSD in historical context. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6), 381–388.

<https://doi.org/10.1177/070674370605100607>

Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., ... & Franko, D. L. (2017). Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184–189.

<https://doi.org/10.4088/JCP.15m10393>

Ehrlich, S., Lord, A. R., Geisler, D., Borchardt, V., Boehm, I., Seidel, M., ... & King, J. A. (2015). Reduced functional connectivity in the thalamo-insular subnetwork in patients with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(1), 61–69.

<https://doi.org/10.1503/jpn.140039>

Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. Guilford Press.

Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). W. W. Norton & Company.

Fairburn, C. G. et al. (1993). Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 31(2), 143-161.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2014). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 205(1), 9–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.138990>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2015). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: The core protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 303–312. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.03.003>

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1–13.

Feduccia, A. A., Jerome, L., & Mithoefer, M. C. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for PTSD: Are memory reconsolidation and fear extinction underlying mechanisms? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 92, 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.12.018>

Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 225–230.

Ferreira, D. C. M. (2019). O vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento dos transtornos alimentares: uma ótica psicanalítica. *Revista Internacional de Apoio a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 5(2), 44–57.

Ferreira, R. A. (2018). O corpo como espelho: Narcisismo, imagem e sofrimento psíquico. *Psicologia Clínica*, 30(2), 57–74. <https://doi.org/10.33208/PC3018-02>

Flament, M. F., Bissada, H., & Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(2), 189–207. <https://doi.org/10.1017/S1461145711000381>

Fonagy, P., & Target, M. (2007). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>

Fonagy, P., & Target, M. (2007). The root of misunderstanding between mentalization and the theory of mind. *Psychoanalytic Inquiry*, 27(4), 484–489. <https://doi.org/10.1080/07351690701310607>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Food and Drug Administration (FDA). (2018). *Breakthrough Therapy Designation Programs*.

Fowler, J. W. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. HarperCollins.

Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Beacon Press.

Freud, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 7, pp. 119–231)*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1957). On narcissism: An introduction (J. Strachey, Trans.). In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 67–102)*. Hogarth Press. (Original work published 1914)

Fuks B, Pollo V. Estudos psicanalíticos sobre anorexia: quando se come nada. *Revista latino- americana de psicopatologia fundamental*. 2010; 13(3):412-424.

Fuks, D., & Pollo, A. (2010). O nada e o desejo: uma leitura psicanalítica da anorexia. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(3), 109–121.

Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing.

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>

Garcia-Romeu, A., et al. (2019). Clinical applications of hallucinogens. **International Review of Psychiatry**.

Garcia-Romeu, A., Griffiths, R. R., & Johnson, M. W. (2014). Psilocybin-occasioned mystical experiences in the treatment of tobacco addiction. *Current Drug Abuse Reviews*, 7(3), 157–164.

Gasser, P., et al. (2014). Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 513–520. <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000113>

Gaudio, S., & Quattrocchi, C. C. (2012). Neural basis of a multidimensional model of body image distortion in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1839–1847. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.05.003>

Gaudio, S., Brooks, S. J., & Riva, G. (2016). Nonvisual multisensory impairment of body perception in anorexia nervosa: A systematic review of neuropsychological studies. *PLOS ONE*, 11(10), e0163926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163926>

George, J. R., Michaels, T. I., Sevelius, J., & Williams, M. T. (2020). The psychedelic renaissance and the limitations of a White-dominant medical framework: A call for culturally

inclusive research. *The American Journal of Bioethics*, 20(11), 4–15.

<https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1817132>

Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70(4), 1205–1230.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.

Girn, M., Mills, C., Roseman, L., Carhart-Harris, R. L., & Christoff, K. (2022). Updating the dynamic framework of thought: Psychedelic-induced reorganization of cognitive flexibility. *NeuroImage*, 250, 118927.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2022.118927>

Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M., Adipatria, F., de Jong, P. J., & Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74, 101771.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101771>

Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78(1), 157–171.

Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 303–316. <https://doi.org/10.1002/cpp.627>

Grieco, S. F., Qiao, X., Zheng, X., Liu, Y., Chen, L., & Xu, X. (2022). Psychedelics and neural plasticity: Therapeutic implications. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 894109.

<https://doi.org/10.3389/fnins.2022.894109>

Griffiths, R. R., et al. (2018). Psilocybin-occasioned mystical-type experience in the treatment of depression. *Journal of Psychopharmacology*, 32(1), 49–69.

Griffiths, R. R., Hurwitz, E. S., Davis, A. K., Johnson, M. W., & Jesse, R. (2019). Survey of subjective “God encounter experiences”: Comparisons among naturally occurring experiences and those occasioned by psychedelics. *PLoS ONE*, 14(4), e0214377.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214377>

Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., ... & Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1181–1197.

<https://doi.org/10.1177/0269881116675513>

Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Richards, W. A., Richards, B. D., McCann, U., & Jesse, R. (2018). Psilocybin-occasioned mystical-type experience in combination with meditation and other spiritual practices produces enduring positive changes in psychological

functioning and in trait measures of prosocial attitudes and behaviors. *Journal of Psychopharmacology*, 32(1), 49–69. <https://doi.org/10.1177/0269881117731279>

Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187(3), 268–283. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0457-5>

Grinspoon, L., & Bakalar, J. B. (1979). *Psychedelic drugs reconsidered*. Basic Books.

Grof, S. (2000). *Psychology of the future: Lessons from modern consciousness research*. State University of New York Press.

Guzmán, G. (2008). Hallucinogenic mushrooms in Mexico: An overview. *Economic Botany*, 62(3), 404–412. <https://doi.org/10.1007/s12231-008-9033-8>

Halberstadt, A. L. (2015). Recent advances in the neuropsychopharmacology of serotonergic hallucinogens. *Behavioural Brain Research*, 277, 99–120. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.07.016>

Harding, F., Seynaeve, M., Keeler, Z., Himmerich, H., Treasure, J., & Kan, C. (2021). Perspectivas sobre tratamento psicadélicos e pesquisa em transtornos alimentares: Um estudo de questionário baseado na web de pessoas com transtornos alimentares. *Journal of Integrative Neuroscience*, 20(3), 551–560. <https://doi.org/10.31083/j.jin2003059>

Harris, R., et al. (2018). Mescaline use and its association with mental health and wellbeing: Results from a large-scale survey. *Journal of Psychopharmacology*, 32(8), 873–882. <https://doi.org/10.1177/0269881118780710>

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2014). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 44(5), 1041–1052. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001323>

Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.). Guilford Press.

Hartogsohn, I. (2016). Set and setting, psychedelics and the placebo response: An extrapharmacological perspective on psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1259–1267.

Hartogsohn, I. (2020). *American trip: Set, setting, and the psychedelic experience in the twentieth century*. MIT Press.

Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: A clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>

Hay, P., & Touyz, S. (2018). Classification challenges in the field of eating disorders: Can severe and enduring anorexia nervosa be better defined? *Journal of Eating Disorders*, 6, 41. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0229-8>

Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E. L., González-Chica, D. A., Stocks, N., & Touyz, S. (2020). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00345-9>

Hayes, N. A., Pan, A., & Harris, E. C. (2014). The role of cognitive control in anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 5, 1022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01022>

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64–74. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>

Hofmann, A. (1980). *LSD: My problem child*. New York, NY: McGraw-Hill.

Holliday, J., Tchaturia, K., Landau, S., Collier, D. A., & Treasure, J. (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2269–2275. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2269>

Hutson, B. et al. (2022). Safety and efficacy of psilocybin in treatment-resistant anorexia nervosa. Johns Hopkins University Study, clinical trial NCT04661514.

Insera, A. (2018). A unified theory of serotonergic system function. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 85–97.

Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2017). Potential therapeutic effects of psilocybin. *Neurotherapeutics*, 14(3), 734–740. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0542-y>

Johnson, M. W., Garcia-Romeu, A., Cosimano, M. P., & Griffiths, R. R. (2014). Pilot study of the 5-HT_{2A}R agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *Journal of Psychopharmacology*, 28(11), 983–992. <https://doi.org/10.1177/0269881114548296>

Johnson, M. W., Hendricks, P. S., Barrett, F. S., & Griffiths, R. R. (2019). Classic psychedelics: An integrative review. *Pharmacology & Therapeutics*, 197, 83–102. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.11.010>

Johnson, M. W., Richards, W. A., & Griffiths, R. R. (2008). Human hallucinogen research: Guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 603–620. <https://doi.org/10.1177/0269881108093587>

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.

Kaelen, M., et al. (2016). LSD modulates music-induced imagery via changes in parahippocampal connectivity. **European Neuropsychopharmacology**.

Kafantaris, V., Leigh, E., Hertz, S., & Berest, A. (2011). A placebo-controlled pilot study of adjunctive olanzapine for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(3), 207–212. <https://doi.org/10.1089/cap.2010.0141>

Kaye, W. H. et al. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.

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>

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>

Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D., & Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0145-3>

Knatz Peck, J., et al. (2023). Psilocybin in anorexia nervosa: A phase 1 clinical trial. *Nature Medicine*, 29(4), 751–759.

Knatz Peck, S., et al. (2023). Safety and efficacy of psilocybin in anorexia nervosa. **Nature Medicine**.

Knatz Peck, S., Shao, S., Gruen, T., Yang, K., Babakanian, A., Trim, J., Finn, D. M., & Kaye, W. H. (2023). Psilocybin therapy for females with anorexia nervosa: A phase 1, open-label feasibility study. *Nature Medicine*, 29(8), 1947–1953. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02469-9>

Knudsen, G. M., et al. (2023). Functional brain changes in anorexia nervosa: A focus on the default mode network. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 145.

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>

Krüger, D. W. (2001). Psychodynamic perspectives on eating disorders. In J. H. Riskind (Ed.), *Pathways to change* (pp. 73–89). Guilford Press.

Kuypers, K. P. C. (2020). The therapeutic potential of MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) in neuropsychiatric disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(5), 427–436.

- Labate, B. C., & Cavnar, C. (2014). *The therapeutic use of ayahuasca*. Berlin: Springer.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. *Revue Française de Psychanalyse*, 13(4), 449–455.
- Lafrance, A., et al. (2017). Ayahuasca and healing of eating disorders: Qualitative study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(3), 202–210.
- Lafrance, A., et al. (2021). Spiritual experience and recovery in eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 668.
- Lafrance, A., Loizaga-Velder, A., Fletcher, J., Renelli, M., Natasha, A., & Tupper, K. W. (2017). Nutrindo o espírito: Pesquisa exploratória sobre experiências de ayahuasca ao longo do continuum de recuperação de transtornos alimentares. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(5), 427–435. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1361559>
- Lafrance, A., Strahan, E., & Walsh, Z. (2021). Uso psicadélicos clássico e mecanismos de saúde mental: Explorando os papéis mediadores da espiritualidade e do processamento emocional sobre sintomas de ansiedade, humor deprimido e alimentação desordenada em uma amostra comunitária. *Journal of Humanistic Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00221678211048049>
- Lemma, A. (2016). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2018). *The Wiley handbook of eating disorders*. Wiley-Blackwell.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. Free Press.
- Liechti, M. E. (2017). Modern clinical research on MDMA (ecstasy). *Pharmacology & Therapeutics*, 176, 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.02.004>
- Liechti, M. E., et al. (2017). LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease. *Journal of Psychopharmacology*.
- Linardon, J. (2018). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 785–797. <https://doi.org/10.1002/eat.22897>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). Guilford Press.

Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment of eating disorders: Theory, clinical practice, and evidence base. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 529–554. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095654>

Loizaga-Velder, A., & Verres, R. (2014). Therapeutic effects of ritual ayahuasca use in the treatment of substance dependence—Qualitative results. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(1), 63–72. <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.890140>

Luoma, J. B., et al. (2020). ACT combined with psilocybin for eating disorders: Feasibility and acceptability. **Journal of Contextual Behavioral Science**.

Ly, C., Greb, A. C., Cameron, L. P., Wong, J. M., Barragan, E. V., Wilson, P. C., ... & Olson, D. E. (2018). Psychedelics promote structural and functional neural plasticity. *Cell Reports*, 23(11), 3170–3182. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2018.05.022>

Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother–infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(2), 445–478.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). University of Chicago Press.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2017). Shame as a key mediator of the relationship between stressful life events and depression in adolescence. *Journal of Adolescence*, 58, 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.012>

McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. Free Association Books.

Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception* (D. A. Landes, Trans.). Routledge. (Original work published 1945)

Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5), e002646. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

Millière, R., Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Trautwein, F. M., & Berkovich-Ohana, A. (2018). Psychedelics, meditation, and self-consciousness. *Frontiers in Psychology*, 9, 1475. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01475>

Mills, I. H., Parque, G. R., Manara, A. R., & Merriman, R. J. (1998). Tratamento do comportamento compulsivo em transtornos alimentares com infusões intermitentes de cetamina. *QJM: An International Journal of Medicine*, 91(7), 493–503.

<https://doi.org/10.1093/qjmed/91.7.493>

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mirabella, M., Speranza, A. M., Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2023). From symptoms to subjective and bodily experiences: The contribution of the PDM-2 to diagnosis and treatment monitoring in eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(2), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01562-3>

Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., ... & Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*, 27(6), 1025–1033. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>

Mitchell, J. M., et al. (2023). MDMA-assisted therapy for PTSD: Phase 3 results. **Nature Medicine**.

Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2023). Concordance between DSM-5 and ICD-11 classification of eating disorders in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 56(3), 427–437. <https://doi.org/10.1002/eat.23874>

Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Wagner, M., Wymer, J., & Doblin, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: A review of results from phase 2 trials. *Journal of Psychopharmacology*, 33(12), 1560–1573.

Mollaahmetoglu, O. M., Keeler, J., Ashbullby, K., Ketzitidou-Argyri, E., Grabski, M., & Morgan, C. J. A. (2021). “This is something that changed my life”: A qualitative study of patients’ experiences in a clinical trial of ketamine treatment for alcohol use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 695335. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.695335>

Monash University (2024). *Psilocybin as treatment for anorexia nervosa*. **ClinicalTrials.gov**.

Morales-García, J. A., Calleja-Conde, J., López-Moreno, J. A., Alonso-Gil, S., Sanz-SanCristóbal, M., Riba, J., & Rodríguez-Franco, M. I. (2020). N,N-dimethyltryptamine compound found in the hallucinogenic brew ayahuasca promotes neurogenesis by activating sigma-1 receptors. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 13, 71.

<https://doi.org/10.3389/fnmol.2020.00071>

Morales-García, J. A., et al. (2020). N,N-dimethyltryptamine compound found in the hallucinogenic brew ayahuasca promotes neurogenesis by activating sigma-1 receptors. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 13, 71. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2020.00071>

Morgan, C. J., et al. (2017). Ketamine use: A review. *Addiction*, 107(1), 27–38. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03576.x>

Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>

Nardou, R., Lewis, E. M., Rothhaas, R., Xu, R., Yang, A., Boyden, E., & Sur, M. (2019). Oxytocin-dependent reopening of a social reward learning critical period with MDMA. *Nature*, 569(7754), 116–120. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1075-9>

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Neto M. Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico. *Aletheia*. 2006; 1(23):101-111.

Neto, J. (2006). *Alienação e separação na constituição do sujeito*. Porto: Universidade do Porto.

Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0021-3>

Nichols, D. E. (2016). Psychedelics. *Pharmacological Reviews*, 68(2), 264–355. <https://doi.org/10.1124/pr.115.011478>

Nielson, E. M., & Guss, J. (2018). The influence of therapists' first-hand experience with psychedelics on psychedelic-assisted psychotherapy research and therapist training. *Journal of Psychedelic Studies*, 2(2), 64–73. <https://doi.org/10.1556/2054.2018.001>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

Nutt, D. J., & Carhart-Harris, R. L. (2021). The current status of psychedelics in psychiatry. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 121–122.

Nutt, D. J., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2013). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047–1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)

Nutt, D., King, L. A., & Nichols, D. E. (2013). Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(8), 577–585.

Orbach, S. (2009). *Bodies*. Profile Books.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 11.ª revisão (CID-11)*. OMS.

Palhano-Fontes, F., et al. (2019). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: A randomized placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 49(4), 655–663. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001356>

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.

Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.

Phelps, J. (2017). Developing guidelines and competencies for the training of psychedelic therapists. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 450–487. <https://doi.org/10.1177/0022167817711304>

Preller, K. H., et al. (2019). Effective connectivity changes in LSD-induced altered states of consciousness in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(7), 2743–2748. <https://doi.org/10.1073/pnas.1815129116>

Preller, K. H., Schilbach, L., Pokorny, T., Flemming, J., Seifritz, E., & Vollenweider, F. X. (2019). Role of the 5-HT_{2A} receptor in self- and other-initiated social interaction in LSD-induced states: A pharmacological fMRI study. *Journal of Neuroscience*, 39(28), 5642–5654. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0440-19.2019>

Quadflieg, N., Naab, S., & Fichter, M. M. (2023). Comparing ICD-11 and DSM-5 eating disorder diagnoses: differences and implications. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 451–463. <https://doi.org/10.1002/eat.23976>

QUEIROZ, L. F., CASTRO, B. N., QUEIROZ, L. F., & PIMENTA, P. R. (2021). DIFERENÇAS NA ABORDAGEM DO TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA NOS CAMPOS DA PSICANÁLISE E DA PSIQUIATRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 34(3).

Reiff, C. M., et al. (2020). Psychedelics and psychedelic-assisted psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 391–410.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010035>

Renelli, M., Fletcher, J., & Lafrance, A. (2020). Um estudo exploratório de experiências com tratamento convencional de transtornos alimentares e ayahuasca cerimonial para a cura de transtornos alimentares. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 437–444. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0604-2>

Riba, J., et al. (2015). Ayahuasca: Human pharmacology and research history. In F. Labate & C. Cavnar (Eds.), *The therapeutic use of ayahuasca* (pp. 41–64). Springer.

Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2nd ed.). American Psychological Association.

Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., & Treasure, J. (2010). Set-shifting in anorexia nervosa: An examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *Psychological Medicine*, 40(5), 853–862. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991036>

Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. McGraw-Hill.

Roseman, L., et al. (2018). Increased amygdala response to positive stimuli after psilocybin. **Biological Psychiatry**.

Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., ... & Schmidt, B. L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1165–1180.

<https://doi.org/10.1177/0269881116675512>

Rucker, J. J., et al. (2022). The effects of psilocybin on cognitive and emotional functions in healthy volunteers. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 8801675.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.8801675>

Schmid, Y., et al. (2015). Acute effects of lysergic acid diethylamide in healthy subjects. *Biological Psychiatry*, 78(8), 544–553.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.11.015>

Schmidt, U., & Campbell, I. C. (2013). Treatment of eating disorders can not remain “brainless”: The case for brain-directed treatments. *European Eating Disorders Review*, 21(6), 425–427. <https://doi.org/10.1002/erv.2251>

Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343–366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>

Schnell, T. (2009). The sources of meaning and meaning in life questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 483–499. <https://doi.org/10.1080/17439760903271074>

Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201–269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)

Scolnick, B., Zupec-Kania, B., Calabrese, L., Aoki, C., & Hildebrandt, T. (2020). Remissão de anorexia nervosa crónica com dieta cetogénica e cetamina: Relatório de caso. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 737. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00733>

Sessa, B. (2012). Shaping the renaissance of psychedelic research. *The Lancet*, 380(9843), 200–201.

Sessa, B. (2012). *The Psychedelic Renaissance*. Muswell Hill Press.

Sessa, B. (2018). The 21st century psychedelic renaissance: Heroic steps forward on the back of an elephant. *Psychopharmacology*, 235(2), 551–560. <https://doi.org/10.1007/s00213-017-4713-7>

Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C. G. (2002). An experimental investigation of the impact of manipulating social comparison on body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 153–161. <https://doi.org/10.1002/eat.10011>

Shao, L. X., Liao, C., Gregg, I., Davoudian, P. A., Savalia, N. K., Delagarza, K., & Kwan, A. C. (2021). Psilocybin induces rapid and persistent growth of dendritic spines in frontal cortex in vivo. *Neuron*, 109(16), 2535–2544.e4. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2021.06.008>

Siegel, J. S., Mitra, A., Laumann, T. O., Seitzman, B. A., Raichle, M. E., Corbetta, M., & Snyder, A. Z. (2024). Psilocybin desynchronizes the human brain. *Nature*, 625(7995), 590–597. <https://doi.org/10.1038/s41586-024-07624-5>

Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa – An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323–339. <https://doi.org/10.1002/erv.818>

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 14(4), 406–414.

Smith, T. B., & Sells, J. N. (2020). Spirituality and psychotherapy: A twenty-year review. *Journal of Psychology and Theology*, 48(1), 3–17.

<https://doi.org/10.1177/0091647119886890>

Spriggs, M. J., Douglass, H. M., Park, R. J., & Erritzoe, D. (2023). Psilocybin and anorexia nervosa: A pilot study exploring safety, feasibility, and preliminary efficacy. *Nature Medicine*, 29(1), 104–113.

Spriggs, M. J., et al. (2021). Naturalistic use of psychedelics and self-reported eating disorder symptoms. *Frontiers in Psychology*, 12, 735.

Spriggs, M. J., Kettner, H., & Carhart-Harris, R. L. (2021). Efeitos positivos dos psicadélicos nas pontuações de depressão e bem-estar em indivíduos que relatam um distúrbio alimentar. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 1265–1270. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00957-8>

Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83–110. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83>

Steiner, J. (1992). *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.

Strassman, R. (2001). *DMT: The spirit molecule*. Rochester, VT: Park Street Press.

Tagliazucchi, E., et al. (2014). Enhanced repertoire of brain dynamical states during the psychedelic experience. *NeuroImage*, 94, 275–287.

Tagliazucchi, E., et al. (2016). Increased global functional connectivity correlates with LSD-induced ego dissolution. *Current Biology*, 26(8), 1043–1050.

<https://doi.org/10.1016/j.cub.2016.02.010>

Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717.

<https://doi.org/10.1002/eat.22302>

Tchanturia, K. et al. (2012). Cognitive flexibility in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 20(6), 362–368.

Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., ... & Treasure, J. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence

using the Wisconsin Card Sorting Test. *PLOS ONE*, 7(1), e28331.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028331>

Tenconi, E., Degortes, D., Clementi, M., Collantoni, E., Pinato, C., Forzan, M., ... & Favaro, A. (2018). Set-shifting abilities, central coherence and handedness in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 7–14. <https://doi.org/10.1002/erv.2574>

Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0814-5>

Traynor, J. M., et al. (2022). MDMA-assisted psychotherapy for borderline personality disorder: Emotional openness, reduced avoidance, and integration. *Focus*, 20(2), 151–159. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220056>

Treasure, J. (2013). *Anorexia nervosa: A survival guide for families, friends and sufferers* (2nd ed.). Routledge.

Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>

Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)

Treasure, J., Schmidt, U., & van Furth, E. (2020). *Handbook of eating disorders* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2020). Has the time come for a new classification system for eating disorders? *European Eating Disorders Review*, 28(1), 1–3. <https://doi.org/10.1002/erv.2731>

Troop, N. A., & Redshaw, C. (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: A 2.5-year longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 373–378. <https://doi.org/10.1002/erv.2160>

Vargas, M. V., Meyer, R., Avanes, A. A., Rus, M., & Olson, D. E. (2021). Psychedelics and other psychoplastogens for treating mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 727117.

Vieira C. Anorexia: uma tentativa de separação entre o Sujeito e o Outro. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. 2008; VIII(3):645-660.

Vieira, A. (2008). A anorexia e a recusa do Outro: uma leitura psicanalítica. *Revista de Psicossomática Psicanalítica*, 12(2), 87–103.

Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.137>

Vollenweider, F. X., & Preller, K. H. (2020). Psychedelic drugs: Neurobiology and potential for treatment of psychiatric disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(11), 611–624.

Vollenweider, F. X., & Smallridge, J. W. (2022). Classic psychedelics and the serotonin 2A receptor: Mechanisms, therapeutic applications, and challenges. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 844720.

Wallier, J., & Treasure, J. (2009). Do women with eating disorders display an insecure attachment style? *Eating Disorders*, 17(4), 331–342.
<https://doi.org/10.1080/10640260902991139>

Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 35–51.
<https://doi.org/10.1348/000711200160282>

Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497–505. <https://doi.org/10.1348/000711201161145>

Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477–2500. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002620>

Watts, R. et al. (2017). Patients’ accounts of increased “connectedness” and “acceptance” after psilocybin for depression. *J Humanist Psychol*, 57(5), 520–564.

Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). Integrating acceptance and commitment therapy with psychedelic therapy. *J Contextual Behav Sci*, 15, 92–102.

Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 92–102.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.004>

Watts, R., Day, C., Krzanowski, J., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. (2017). Patients’ accounts of increased “connectedness” and “acceptance” after psilocybin for treatment-resistant depression. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 520–564.
<https://doi.org/10.1177/0022167817709585>

Weiss, F., Magnesa, A., Gambini, M., Gurrieri, R., Annuzzi, E., Elefante, C., Perugi, G., & Marazziti, D. (2025). Psychedelic-induced neural plasticity: A comprehensive review and a discussion of clinical implications. *Brain Sciences*, 15(2), 117.

<https://doi.org/10.3390/brainsci15020117>

Westwood, H. & Treasure, J. (2016). What is anorexia nervosa? *Lancet Psychiatry*, 3(12), 1100-1110.

Westwood, H., Eisler, I., Mandy, W., Leppanen, J., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2016). Using the autism-spectrum quotient to measure autistic traits in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(3), 964–977. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2631-6>

Wilber, K. (2000). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Shambhala.

Wildes, J. E., et al. (2010). Emotion and cognitive inflexibility in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 163–171.

Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 398–404. <https://doi.org/10.1002/eat.20730>

Wilkinson, S. T. et al. (2021). The role of therapy in psilocybin treatment for depression. *Curr Opin Psychiatry*, 34(2), 98-104.

Wilkinson, S. T., et al. (2018). Cognitive and neural mechanisms of ketamine in treatment-resistant depression: An integrative review. *Biological Psychiatry*, 84(1), e1–e13. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.028>

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585–595.

Winnicott, D. W. (1965). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Retrieved from <https://icd.who.int>

Yaden, D. B., et al. (2020). Transformation of self and worldview in psychedelic experiences. **Frontiers in Psychology**.

Yaden, D. B., Haidt, J., Hood, R. W., Vago, D. R., & Newberg, A. B. (2017). The varieties of self-transcendent experience. *Review of General Psychology*, 21(2), 143–160. <https://doi.org/10.1037/gpr0000102>

Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97–106. <https://doi.org/10.1002/erv.999>

Zanos, P., & Gould, T. D. (2018). Mechanisms of ketamine action as an antidepressant. *Molecular Psychiatry*, 23(4), 801–811. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.255>

Zastrow, A., Kaiser, S., Stippich, C., Walther, S., Herzog, W., Tchanturia, K., & Friederich, H. C. (2009). Neural correlates of impaired cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 608–616.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050775>

Zipfel, S. et al. (2015). Long-term outcome of anorexia nervosa. *Lancet Psychiatry*, 2(7), 590–600.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

Zipfel, S., Schmidt, U., & Treasure, J. (2022). Eating disorders: An update on treatment. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), 229–242. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00406-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00406-5)

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Herzog, W., & the ANTOP Study Group. (2015). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127–137.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Herzog, W., & the ANTOP Study Group. (2015). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127–137.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)

Anexos

Anexo A. Tabela 2 - *Infância e Relações Familiares*

Infância e Relações Familiares	Angústia de Separação / Ansiedade extrema física	Evitamento/ Ansiedade de Aniquilação / Fuga	Triangulação Lealdades divididas	Vergonha do corpo / Rejeição da comida	Tentativa controlo do corpo / Perda de controlo	Ataques ao self corporal/ fixação na autocrítica/	Fusão Simbólica
I	“sinto desconforto, ansiedade...insegurança...medo (...) medo de ser abandonada, medo de ninguém conseguir salvar-me se estiver em perigo (...) ficava enjoada por causa da ansiedade e com vontade de vomitar, dificuldade em respirar.”	“Ganhei medo de morrer(...) quando dei por mim não queria sair de casa, tinha medos por todos os lados, não conseguia controlar-me, tudo saía do meu controlo.”	“Com 11 anos (...) descobri que o meu pai andava a trair a minha mãe (...) fui colo da minha mãe (...) dormíamos juntas às vezes (...) a minha imagem de herói foi-me retirada.”	“Descobri pelos outros que estava tudo errado em mim (...) desde então assumi essa afirmação e passei a ver-me assim (...) escondia-me na casa de banho... usava cintas para esconder a barriga (...) o espelho é o meu maior inimigo”	“Eu tentava controlar o meu corpo porque sentia que tudo à minha volta era descontrolado (...) quando dei por mim não queria sair de casa, não conseguia controlar-me, tudo saía do meu controlo (...) eu só queria ser magra e sentir-me vazia e sentir controlo no meu corpo”	“Lembro-me de ouvir pela primeira vez que era ‘larga’, gorda, feia (...) está gravado na minha cabeça (...) a primeira vez que ouvi ‘és gorda’. Desde então passei a ver-me assim.”	“Vivi aquela traição como se fosse minha (...) Fui colo da minha mãe e a minha cama era o conforto das duas, dormíamos juntas às vezes (...) fui apoio da minha mãe e ajudei em muita coisa que uma miúda de 11 anos não devia ajudar (...) tive muita dependência de mama... usava para alimentação, mas também para conforto... houve dificuldade em “descolar”

V	<p>“O meu pai gritava, partia coisas, criava tensão nas refeições. Lembro-me de sair da mesa com o prato na mão e ir comer sozinha</p>	<p>“Em situações de conflito fico sem ar, o corpo reage logo... a fuga ainda está presente e a necessidade de controlo com tudo, corpo, alimentação etc.”</p>	<p>“Quando o meu pai dizia para não abrir a porta à minha irmã, eu ficava acordada até ele próprio a abrir... não concebia deixá-la de fora.”</p>	<p>“Por fora, as pessoas diziam que eu era bonita, mas eu não me via... Via-me maior apesar de saber que já não estava, o espelho mostrava-me diferente.”</p>	<p>“Comia bastante e depois vomitava tudo para não engordar... gostava de sentir-me vazia, trazia-me paz (...), gosto de sentir fome, não gosto de me sentir cheia.. a fome ficou associada ao afeto (...)</p>	<p>“Via-me maior apesar de saber que já não estava... o espelho mostrava-me diferente (...), continuei a forçar vomito e a não querer engordar (...), comia imenso chocolate e depois vomitava tudo e tomava comprimidos para não ter reação alérgica, até isso deixar de funcionar...”</p>	<p>“Quando nasci a minha mãe amamentava-me, mas o leite dela era muito fraco, quase como água... fiquei com uma marca, associei o colo e o carinho da minha mãe a uma sensação de fome”</p>
---	--	---	---	---	--	---	---

K	<p>“Querida estar sempre com o meu pai, era o bonzinho que dizia que “sim” a tudo. A minha mãe era mais rígida e exigente (...) quando comecei a responder-lhe, por volta dos 11 anos ela reagia com rejeição (...) havia crítica e conflito constante”.</p>	<p>“Quando percebi que nem os adultos me protegiam, decidi mudar de escola.”</p> <p>“Era uma forma de grito, de revolta, queria perceber quem gostava de mim pela pessoa que eu era.”</p>	<p>“O meu pai era a figura que eu idolatrava (...). A minha mãe era mais rígida e exigente”</p>	<p>“A minha mãe dizia que eu era gorda, criticava o meu cabelo e a forma como me vestia.”</p> <p>“Comecei a olhar para mim de outra forma (...). Evitei ir à praia e passei a pensar muito sobre como os outros me viam.”</p>	<p>“Tornei-me vegan aos 14 anos (...). Era uma forma de afirmar quem eu era e ter controlo no descontrolo.”</p>	<p>“Comecei a olhar para mim de outra forma, evitava espelhos, não gostava de tirar fotografias (...). Passei a evitar ir à praia.”</p>	<p>“A minha mãe projetava sobre mim aquilo que não conseguia viver. Muitas vezes dizia: ‘Você é tão interessante como eu era (...). Cresci a sentir que ela projetava sobre mim aquilo que não conseguia viver.’”</p>
---	--	---	---	---	---	---	---

J	<p>“Meus pais separaram-se quando eu tinha um ano, e houve muita instabilidade dos dois lados, eu andava de um lado para o outro durante a ‘guerra’ deles sobre com quem eu ficaria (...) Quando ele se ausentou, senti muito abandono.”</p>	...	<p>“Sempre fui muito ligada ao meu pai, ele mimava-me muito, sempre foi o meu herói.”</p> <p>“Mas, por outro lado, às vezes sentia que o meu padrasto era mais meu ‘pai’ do que ele, porque eu passava mais tempo com ele. Isso até gerava confusão emocional.”</p>	<p>“Sofri bullying na adolescência (...) chamavam-me ‘leitão’, ‘leitãozinho’. Isso fazia-me sentir que eu era mesmo ‘a mais gordinha’ (...) A partir daí comecei a olhar mais para mim e a restringir a alimentação, mesmo com fome, não comia, ‘assim vou perder peso’.”</p>	<p>“Quando ocorreu o rompimento da minha mãe e do meu padrasto aos 12 anos de idade (...) comecei a olhar mais para mim e a restringir a alimentação, mesmo com fome, não comia, ‘assim vou perder peso’ (...) O descontrolo e a instabilidade que havia na minha vida na altura traziam-me também um descontrolo emocional comigo mesma, eu refugiava-me muito na comida e sempre fui assim. (...) comia muito e depois vomitava tudo”</p>	<p>“Eu sempre me senti maior que os outros, aos 14, 15 anos somos todas muito pequeninas e hoje, quando olho fotografias, entendo que eu não era maior que ninguém, tinha uma estrutura diferente, mas daí a ser gorda, não (...) Até aos dias de hoje eu nunca sei como realmente sou. Eu não consigo olhar ao espelho e perceber quão mal ou bem estou. Para mim, estou sempre ‘a mais’ gorda (...) Cheguei a ter vários episódios de compulsão que vomitava e o sentimento de culpa era intenso”</p>	<p>“Eu acabei por ter que lidar com as emoções dela como se eu fosse a adulta e ela a criança, eu a mãe e ela a filha.”</p>
---	--	-----	---	---	---	---	---

Anexo B. Tabela 3 - *Relações com os Pares/ Autoimagem*

Relações com os pares/ autoimagem	Vergonha Narcísica e Ferida Especular	Rivalidade e ideal do Eu	Procura de validação e amor condicional	Isolamento defensivo e retraimento social	Corpo como objeto de mediação relacional	Autoimagem fragmentada e alienação do corpo	Reconciliação com o self corporal
I	<p>“Lembro-me de ouvir pela primeira vez que era ‘larga’, gorda, feia, tinha muitos pêlos nas sobranceiras, que nunca ia ter um namorado... Está gravado na minha cabeça, eu digo que não me lembro de não ter problemas com o meu corpo, mas lembro-me da primeira vez que vi que estava tudo errado comigo e foi a primeira vez que ouvi ‘és gorda’.”</p>	<p>“O meu maior desejo era ser ‘normal’ ... simplesmente ser feliz (...) Eu só queria ser magra e sentir-me vazia e controlar o meu corpo”</p>	<p>“Pensava que se fosse mais magra ele iria gostar mais de mim, se fosse mais e mais e mais. Sentia-me vazia, perdia peso de nervos... até que atingi um ponto onde era propositado.”</p>	<p>“Naquela altura da faculdade nem conseguia fazer grandes amizades porque estava completamente desfocada de mim e 100% focada nele e na minha doença.”</p>	<p>“Eu controlava o meu corpo porque sentia que tudo à minha volta era descontrolado.”</p>	<p>“Perder a sensação de vazio e de pequenez foi duro. O espelho era o meu maior inimigo no início... tinha grandes diálogos fora do espelho, onde refletia sobre o que tinha visto e sentido.”</p>	<p>“Comecei a ganhar empatia pelo meu corpo. Foi um processo gratificante... Uma das ferramentas que foi muito importante para mim é tratar-me como se vivesse dentro de mim a minha versão pequena que precisa de sentir segurança, amor e que não quer sentir abandono.”</p>

V	<p>“Houve uma altura na minha vida onde não gostava do que via ao espelho.”</p> <p>“Quando era pequena, tinha vergonha de certas coisas, dos estojos da moda, de não ser igual.”</p> <p>“Na praia... sentia vergonha de me aproximar do grupo errado.”</p>	<p>“Ouço muitas vezes de amigas: ‘tu és bonita, mas não usas isso como arma’.”</p> <p>“Por fora, as pessoas diziam que eu era bonita, mas eu não me via.”</p> <p>“Quando comecei a tomar a pílula... senti uma perda de controlo gigante.”</p>	<p>“O meu ex-companheiro era uma pessoa muito ciumenta e que reivindicava a minha própria liberdade... criava discussões por ciúmes e eu, de tão nervosa e de não poder fugir, tinha de ir a correr para a casa de banho e vomitar tudo.”</p>	<p>“Hoje sinto que preciso de espaço, de descanso.”</p> <p>“Vivo numa quinta, isolada, o que me dá paz.”</p> <p>“Gosto do controlo que isso me dá e de não depender de equipas, não tenho de depender nem falar com ninguém.”</p>	<p>“A minha mãe amamentava-me, mas o leite dela era muito fraco... fiquei com uma marca, associei o carinho e o colo da minha mãe a uma sensação de fome. Até hoje, sinto prazer em estar com fome.”</p> <p>“Quando eu era pequena, percebi que podia chamar a atenção da minha mãe através da alimentação.”</p>	<p>“Via-me maior apesar de saber que já não estava, o espelho mostrava-me diferente.”</p> <p>“Apesar de por fora as pessoas dizerem que eu era bonita, eu não me via.”</p> <p>“A visão míope é como um microscópio, consigo ver de muito perto mas não o todo.”</p>	<p>“A cetamina mostrou-me que existe uma relação entre a comida e o vínculo, o seio materno, nutrição e segurança inicial.”</p> <p>“A terapia foi essencial... só o facto de compreender de onde aquela situação vinha ajudou logo.”</p>
---	--	--	---	---	--	---	--

K	<p>“A minha mãe dizia que eu era gorda, criticava o meu cabelo e a forma como me vestia.”</p> <p>“Quando a minha mãe disse que eu</p>	<p>“Vestia-me de preto, de forma alternativa, com correntes e um estilo que não representava totalmente a minha personalidade. Era uma forma de grito, de</p>	<p>“Relações posteriores já tiveram mais semelhanças com a forma como a minha mãe se relacionava: pessoas emocionalmente ausentes... parecia que</p>	<p>”Hoje sou mais seletiva em relação a quem deixo entrar na minha vida... estou mais reservada, mais cuidadosa em escolher as pessoas com quem me relaciono.” ...</p>	<p>”...comecei a olhar para mim de outra forma... passei a pensar muito sobre como os outros me viam, na minha alimentação e peso.”</p> <p>“Tornei-me vegan aos 14 anos... era uma</p>	<p>“Tornei-me muito autocrítica da minha imagem e comecei a viver intensamente com esses pensamentos.”</p> <p>“Deixei de usar certas roupas, evitei ir à</p>	<p>“Senti amor-próprio e compaixão por mim mesma enquanto ser humano individual. E mais do que isso, senti propósito. Relativamente ao amor próprio, senti gratidão</p>
---	---	---	--	--	--	--	---

estava gorda, comecei a olhar para mim de outra forma. Deixei de usar certas roupas, evitei ir à praia.”	revolta, queria perceber quem gostava de mim pela pessoa que eu era e não pela aparência.” “A minha personalidade doce não combinava com a forma como me apresentava ao mundo.”	procurava esta forma de estar da minha mãe nos meus parceiros.” “Talvez me tivesse habituado à ideia de que aquilo era amor, ou simplesmente era uma vontade minha interna de resolver essa questão mas com pessoas diferentes.”	“Aprendi a manter distância quando é necessário, a escolher com quem me envolvo e a proteger a minha frequência.”	forma de afirmar quem eu era e ter controlo no descontrolo.”	praia.”	pelo meu corpo... hoje amo e nutro-o.”
--	---	--	---	--	---------	--

J	“O	“As	“Mostr	“Este	“Eu	“Semp	“Agora
uvi muitos ‘fecha a boca’, ‘não comas tanto’...” “Sofri bullying... chamavam-me ‘leitão’, ‘leitãozinho’.”	meninas... comparações no balneário: ‘quem tem os seios maiores, o rabo maior...’” “Não havia espaço para ser ‘gordinha’... lutava para ter a magreza dos media.”	ava-me feliz para não preocupar ninguém... sempre tentei não ser um fardo.” “Aquilo era a ‘casa’ que eu não tinha em casa... ele apareceu e salvou-me, deu-me estabilidade.”	ano fiz uma ‘limpeza’ de amigos e sinto-me muito melhor.” “Com o meu ex... afastei-me de toda a gente, isolei-me.” “Fiz um ‘detox’ de sete meses... concentrei-me em mim.”	comia para sentir conforto de algo que me faltava, preencher-me.” “Regra de não sair da mesa enquanto houvesse comida no prato... até hoje sinto culpa se deixo comida.”	re me senti maior que os outros...” “Até aos dias de hoje eu nunca sei como realmente sou... até lá, acho-me gorda.” “Não percebo quando engordo, só noto pela roupa.”	... estou muito mais saudável, vou ao ginásio, tenho alimentação equilibrada.” “Senti bastante paz, orgulho em mim, paixão por mim mesma e pelo meu corpo.”	

Anexo C. Tabela 4 - *Espiritualidade e Religião*

Espiritualidade e Religião	Crença como fonte de sentido e orientação	Relação com a religiosidade institucional	Espiritualidade como prática de proteção e segurança	Vivência espiritual como valor ético e relacional	Crença e aceitação da impermanência/sofrimento	Gratidão e presença
I	<p>“Sempre fui uma pessoa bastante espiritual. Cresci numa casa católica e num colégio católico, sempre estive perto de Deus e da sua mensagem. (...) As minhas crenças têm impacto todos os dias a toda a hora. Eu vejo o mundo com as minhas lentes, e as minhas crenças moldam tudo o que vejo e perceciono. Acredito que tudo acontece por uma razão e que devemos confiar e ouvir com atenção, sentir com atenção.</p>	<p>“Houve uma fase da minha vida onde questionei... não questioneei a existência de Deus, questioneei a sua mensagem, mensagem esta passada de mãos em mãos.”</p>	<p>“As minhas crenças têm impacto todos os dias a toda a hora... acredito que tudo acontece por uma razão e que devemos confiar e ouvir com atenção, sentir com atenção. Existem mensagens por todo o lado.”</p>	<p>“Vejo Deus em tudo e todos... e chamo Deus como podia chamar ‘Ser de Luz’. A espiritualidade é algo individual e cada um sente e vive à sua maneira, isso é o que nos torna seres únicos também.”</p>	<p>”Acredito que tudo o que nos aparece de desafios na vida são-nos entregues porque somos mais que capazes de superar, acontecem porque é suposto acontecerem para o nosso desenvolvimento nesta vida.”</p>	<p>”Deixei de sentir medo durante todo o processo, senti-me acompanhada e simplesmente confiei.”</p>

Existem
mensagem por
todo o lado”

V	“Sou religiosa no sentido amplo, sou espiritual. Desde pequena tenho experiências que chamo de espirituais, sonhos, percepções em casas e pessoas.”	“Os meus pais são católicos desde sempre, eu não sou “da igreja”.	“Desde pequena tenho experiências que chamo de espirituais, sonhos, percepções em casas e pessoas. Fizaram-me exames médicos, tudo normal. Não confundo com fantasia, são memórias vivas.”
---	---	---	--	-----	-----	-----

K	“A minha relação com a espiritualidade tem sido longa e flutuante. Por vezes sinto-me muito ligada a algo maior, noutras fases afasto-me e fico mais pragmática. Mas nunca desaparece de mim”	“Fui criada num colégio católico, com freiras. Uma delas, a irmã Natália, marcou-me imenso e guardo memórias muito bonitas, era religiosa, mas sem extremismos.” “Mais tarde afastei-me da religião institucional, mas mantive valores como	“Desde pequena que sinto presenças, energias, frequências que me incomodam... não acredito que sejam sempre negativas, mas como não as consigo ver claramente, deixam-me desconfortável.” “É como se tivesse uma	“Acredito que todas as religiões têm a sua verdade. Não vejo a religião como algo mau... pode dar estrutura, gratidão e disciplina.”	“Aceito a dor como aceito a felicidade e penso sempre que na dor eu vou aprender alguma coisa que mais à frente vai gerar felicidade.” “Se tiver de ser resolvido, será. Se não, também é porque não era para ser.”	“Trago rituais simples, como agradecer pela comida... esses rituais fazem sentido porque nos tornam mais gratos.”
---	---	--	---	--	--	---

‘não faças aos
outros o que não
queres que te
façam a ti’.” maior que me
torna
vulnerável.”

J	“Acredito que há algo maior, chamo ‘Deus’ porque assim fui ensinada.” “A espiritualidade é uma força para os momentos maus e para o incerto.	“Fui criada no catolicismo, mas não me identifico 100%. Há coisas com que não concordo.” “Não tenho o hábito de ir à igreja, vivo bem com a forma como vivo a minha espiritualidade e crenças.”	“Rezo sempre (por hábito do catolicismo) e uso proteções energéticas por me fazerem sentir segura.”	“Claro que há “regras” básicas que seguimos como amar o próximo, não desejar nem praticar o mal ao próximo”	“Acho que o ser humano tem esta necessidade de acreditar porque é uma força para os momentos maus e para o incerto.” “Agradeço e peço sempre que sinto... sou pragmática ainda assim, ninguém fará por mim.”	“Agradeço e peço sempre que sinto... acredito na leveza de acreditar, na presença e proteção”. “A energia tem muito poder... podemos manifestar e construir o nosso futuro”
---	---	--	---	---	---	---

Anexo D - Tabela 5 - *Expectativas e Conhecimentos Prévio sobre Psicadélicos*

Expectativas e Conhecimentos Prévio sobre Psicadélicos	Grau de conhecimento prévio e fontes de informação	Crenças associadas aos psicadélicos	Motivação e intenção de uso	Expectativas em relação à experiência subjetiva	Medos, resistências e preconceitos prévios
I	“Apesar de até então ter alguns receios, o normal, sempre tive medo de drogas e tudo o que as pessoas contam.”	“...para alguém que sempre foi muito controlada e com medo de arriscar e perder o controlo aquela experiência foi importante para mim (...) Apesar de até então ter alguns receios, o normal, sempre tive medo de drogas e tudo o que as pessoas contam.”	“contexto social - ...segunda vez que experimentei que foi há cerca de um ano e meio com MDMA numa festa (...) Em festas com amigos gosto muito de vez em quando, não adoro a ideia de o fazer com regularidade”	...	“Apesar de até então ter alguns receios, o normal, sempre tive medo de drogas e tudo o que as pessoas contam.”
V	“A minha irmã é toxicodependente” - existe conhecimento prévio sobre o tema drogas/ psicadélicos “sou consciente do risco das drogas, muito pela experiência de ser irmã de uma pessoa adicta”.	...	“Nunca usei de forma “recreativa” no sentido banal. Uso para auto-observação, o que o corpo e a mente me estão a dizer”	“Mas não senti que tenha dito uma viagem como as pessoas descrevem ter com ayahuasca” - tinha uma expectativa sobre DMT que acabou por não ir de encontro com a realidade.	...
K	...	“Estava demasiado ligada à espiritualidade, a	“Essencialmente respostas. Queria perceber porque é que	...	“Durante muito tempo nunca toquei em nada, nem álcool em excesso,

		sentir tudo em excesso, e precisava de respostas. Foi aí que experimentei. Fiz ayahuasca sete vezes, usei rapé e também o bufo alvarius. Sempre em contexto de ritual, nunca lúdico”	me sentia tão triste e como lidar com isso. E encontrei um caminho de autoconhecimento”		porque sempre gostei de ter muito controlo”
--	--	--	---	--	---

J	<p>“Muito sinceramente nunca quis provar. Sempre fui educada para nunca chegar perto, os testemunhos eram sempre muito assustadores. (...) Acho que é das primeiras coisas que os nossos pais nos falam quando começamos a ter uma vida social “o perigo das drogas”...”</p>	<p>“Há sempre o amigo do amigo dos nossos pais que morreu de overdose, ou o fulano que até hoje é um agarrado...”</p>	<p>“Nisto tudo pensei, “estou com amigos, num sítio seguro, a acabar uma viagem que correu super bem... porque não?”</p>	...	<p>“As pessoas na nossa sociedade sempre pintaram a situação de tal forma feia que sempre foi um tema que metia medo. Cresci numa escola católica com fortes valores, tanto eu como os meus amigos tínhamos medo de chegar perto de pessoas que sabíamos que tinham contacto (...) respondendo à sua pergunta... tinha medo”</p>
---	--	---	--	-----	--

Anexo E - Tabela 6 - *Experiência com Psicadélicos*

Experiência com psicadélicos	Contexto e preparação da experiência (setting)	Intensidade e qualidade da experiência subjetiva	Confronto emocional/ Conteúdos emergentes / Morte do Ego	Experiências de unidade, amor e transcendência	Experiência corporal e reconexão somática	Insights e reconfiguração cognitiva	Sentido espiritual e existencial atribuído à experiência	Integração pós-experiência e impacto duradouro
I	“...foi há cerca de um ano e meio com MDMA numa festa (...) Em festas com amigos gosto muito de vez em quando”	“...Foi a primeira vez que senti amor-próprio e empatia num nível que parecia transcendent e. Foi como se tudo fizesse sentido, como se eu fosse amada e mais do que um simples corpo.”	“Durante a experiência e após a mesma não havia dismorfia na minha cabeça durante algum tempo (...) senti-me amada por mim mesma, como se tivesse finalmente desenvolvido empatia por quem eu sou.”	“Senti que fazia parte de algo maior do que a minha existência, que era fruto de algo divino, que era imperfeita (...) senti uma profunda gratidão...”	“Senti que o meu corpo era separado de uma alma que escolheu viver naquele templo e que esperava ser bem tratada.”	“Senti-me amada por mim mesma, como se me olhasse de fora e fosse alguém de quem gostava muito (...) senti orgulho em tudo o que já tinha passado e conquistado.”	“Senti que fazia parte de algo maior do que a minha existência, que era fruto de algo divino, que era imperfeitamente perfeita, e que era o fruto de gerações e gerações de amor.”	“Durante a experiência e após a mesma não havia dismorfia na minha cabeça (...) o pensamento que eu era mais do que um corpo e que era tudo aquilo que sempre quis ser ficaram durante algum tempo.”
V	“Nunca usei de forma recreativa no sentido	“A primeira sessão foi negra, parecia haver	“Uma imagem central foi da	“Com outras substâncias (por ex., DMT),	“Cheguei a falar ainda com a fala ‘presa’.”	“A cetamina ajudou-me... a compreender	“Tenho experiências... Os sonhos de	“Um dia decidi ir ao rio procurar outra pedra.

banal. Uso para auto-observação (...) e a cetamina em contexto clínico (...) Fiz 4 sessões de cetamina. Em torno de cada sessão, tive consultas preparatórias, ±2 antes e de integração ±2 depois”	um bloqueio.” / “A partir daí, o ‘muro’ começou a cair...” / “Com cogumelos, a experiência foi muito introspectiva, cheia de compaixão.”	pedra... ver o tema de ganhar e não reter...”	surgem por vezes insights de matemática, física e química.” “Em contexto de grupo... fiquei a observar e ‘ler’ o que cada um estava a viver... bateu certo...”	“Foi como um mergulho dentro de mim... sem perder a noção de realidade, com muita clareza, não existe perda de controlo no processo.”	que sou merecedora de receber...” (...) “A cetamina mostrou-me que existe uma relação entre a comida e vínculo, o seio materno, nutrição e a segurança inicial.”	futuro, vejo acontecimentos que depois se concretizam.” / “Com cogumelos... cheia de compaixão...”	Encontrei. Foi um gesto de resinificação.” “Também evito viciar... Dou tempo ao organismo para apagar a memória.”
--	--	---	--	---	--	--	---

K	“Fiz ayahuasca sete vezes, usei rapé e também o bufo alvarius. Sempre em contexto de ritual, nunca lúdico.” / “A intenção é fundamental. A forma como entras na experiência define tudo o que vais encontrar.”	“ O bufo... dura vinte minutos, mas é superintenso. ” “A ayahuasca é... uma viagem longa... por camadas.” “Na primeira... percebi que não tinha controlo sobre nada.”	“Senti o que era ser um pedófilo, um assassino, um violador.” “Vomitei medos, bloqueios, racionalizações, até me sentir mais leve.”	“O ego desfaz-se, e ficamos diante da consciência de que somos todos um.” “No bufo... fusão total com algo maior.” “Eu era tudo, em todo o lado, ao mesmo tempo.”	“Foi como uma purga.” / “No bufo... não consegues pensar, só sentir.”	“Concluí que eu não sou nada daquilo, porque todos os dias escolho não o ser.” “Inteligência é saber tudo, sabedoria é aplicar só o que é necessário no momento certo.”	“Há uma inteligência maior a guiarnos.” “Senti propósito.” “Acredito que todas as religiões têm a sua verdade.”	“Fica-se a digerir durante meses... flashes, insights.” (...) “Fiz sete vezes... no início limpeza profunda; depois observar, contemplar.” “Não sinto grande necessidade de repetir.”
---	--	---	---	---	---	---	---	---

J	<p>“A primeira e única vez foi em novembro de 2024, em Londres, no fim de uma viagem que fiz onde estive em Bali e outros sítios.” / “Pensei: estou com amigos, num sítio seguro, a acabar uma viagem que correu super bem... porque não?”</p>	<p>“Fui bombardeado com um calor que não sei explicar, estava com muita energia, e uma felicidade que não tinha medida.” / “Lembro-me de sentir coisas relativamente às pessoas à minha volta completamente desproporcionais, uma grande gratidão e amor pela vida.”</p>	<p>“Pensei bastante na minha mãe, na viagem que tinha feito e no quão grata estava por estar viva e poder viajar e viver o mundo.” / “Reconhecia o mal de várias situações, mas desculpava automaticamente.”</p>	<p>“Senti a presença divina, porque não conseguia compreender como era possível algo tão mágico existir sem mão divina.” “Sentia a música como se fizesse parte de mim.”</p>	<p>“Senti bastante paz, orgulho em mim, paixão por mim mesma e pelo meu corpo.”</p>	<p>“Senti-me em paz, estranhamente bonita.”</p>	<p>“Senti a presença divina... não conseguia compreender como era possível algo tão mágico existir sem mão divina.”</p>	<p>“Senti que a nível pessoal trouxe, porque senti o efeito da experiência presente em mim por vários dias.” “Por um lado desmistifiquei toda esta situação com as drogas.”</p>
---	--	--	--	--	---	---	---	---

Anexo F - Tabela 7 - *Impacto Pós-Experiência*

Impacto Pós-Experiência	Autoimagem e Autocompaixão	Regulação Emocional e Ansiedade	Integração de Insights	Benefício Terapêutico
I	<p>“O pensamento de que eu era mais do que um corpo e que eu era tudo aquilo que sempre quis ser ficavam durante algum tempo. Senti-me amada por mim mesma, como se tivesse finalmente desenvolvido empatia por quem sou, como se me olhasse de fora e fosse alguém de quem gostava muito. Amava e que tinha orgulho em tudo o que já tinha passado e conquistado.</p>	<p>“Mudaram completamente a forma como me via. Durante a experiência e após a mesma não havia dismorfia na minha cabeça durante algum tempo”</p>	<p>“O pensamento de que eu era mais do que um corpo e que eu era tudo aquilo que sempre quis ser ficavam durante algum tempo.”</p>	<p>“Mudaram completamente a forma como me via (...9 vejo imenso potencial. Para mim, uma limitação seria sempre o medo inicial... mas acredito que, em contexto clínico, com segurança e acompanhamento profissional, esse receio seria mais fácil de ultrapassar”</p>

V

“...Sou merecedora de receber e que não tenho de andar em constante fuga”

“A Cetamina ajudou-me mais a compreender que sou merecedora de receber e que não tenho de andar em constante fuga, ajudou na obsessão com a situação da pedra e a encontrar outro significado, fui buscar outra pedra por exemplo”

“O tema da “pedra” como já falei anteriormente estava ligado a ganhar e não reter e a minha dificuldade com o tema de ter sucesso e sair antes de consolidar. Senti que a cetamina mostrou raízes materiais (trabalho, dinheiro, segurança) mais do que, nesta fase, a relação direta com a comida.”

“Foi como se um mergulho dentro de mim mesmo, mas com consciência para compreender e integrar o que surgia. Em resumo foi muito terapêutico, ajudou-me emocionalmente e sem perder a noção de realidade, com muita clareza, não existe perda de controlo no processo
“Sem dúvida, acredito que não seja para qualquer tipo de pessoa, mas para quem está disposto a mergulhar nas profundezas do próprio ser, acho fantástico. Sem dúvida alguma. Acredito que com o tempo e com os estudos as pessoas se informem sobre os benefícios da terapia com cetamina.

K

“Trouxeram-me um amor-próprio que antes eu não tinha. Passei a olhar para o meu corpo com mais respeito e com mais ternura, como parte de mim e não como algo separado.”	“Trouxeram-me também uma paz interior, uma sensação de união com algo maior, quase divino, que me fez sentir parte de um todo. Hoje sinto-me mais inteira, mais em harmonia comigo mesma.”	“Fica-se a digerir durante meses. Nos dois, três primeiros meses tens flashes, insights constantes. E mesmo passados anos, em conversas como esta, vêm memórias, como se uma prateleira fosse ativada. Acho que esta memória fica para sempre em nós.”	“Sim, acredito que sim. Claro que não é para todos, exige preparação e acompanhamento, mas eu sinto que pode abrir caminhos muito importantes na vida das pessoas. Pode ajudar a encontrar respostas, a soltar pesos antigos e a olhar para si de forma mais amorosa. Para mim foi transformador e acredito que, num contexto terapêutico seguro, pode ser profundamente benéfico.”
--	--	--	---

J

“Sentia-me em paz, estranhamente bonita, não tinha pensamentos negativos sobre mim ou sobre o meu corpo, estava em paz, não sei explicar podia ser aleatório do dia, mas nesse em específico estava bastante bem.”	“Sentia-me em paz (...) estava em paz”	“Familiar houve temas que surgiram na minha cabeça que naquele dia acabei por falar com os meus amigos sobre a minha mãe que me fizeram encontrar uma certa paz e desculpar certas coisas.	“Não tenho dúvidas que seria muito gratificante. Depois da minha experiência acredito que sim.”
--	--	--	---

Anexo G. 1ª Entrevista - I

C: Antes de dar início à entrevista, gostaria de agradecer pela sua disponibilidade para participar neste projeto. Esta conversa poderá ser gravada (mediante o seu consentimento) com o único propósito de transcrição e análise no âmbito da presente investigação. Todas as informações recolhidas serão tratadas com absoluto sigilo, confidencialidade e anonimato. Esta entrevista tem como objetivo compreender, de forma aprofundada, a história pessoal da/o participante, com especial foco na relação com o corpo, com a alimentação, com a saúde mental e, por fim, com a experiência com substâncias psicotrópicas em contexto terapêutico ou pessoal. Serão abordadas diferentes fases da vida e dimensões emocionais com o máximo de sensibilidade e respeito. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista a qualquer momento, bem como optar por não responder a determinadas questões, sem que tal implique qualquer tipo de prejuízo. Caso esteja de acordo, poderemos começar

I: Podemos começar sim.

C: Para começar gostaria de perguntar como está? bem disposta?

I: Sim, estou muito bem disposta!

C: Fico feliz em saber! Vamos dar início então à entrevista. Para começar gostaria de perguntar qual a sua idade e ocupação atual.

I: Eu tenho 25 anos e neste momento enquanto termino o mestrado estou a trabalhar numa loja em part-time.

C: Fantástico, está a gostar e a conseguir gerir bem o tempo entre os estudos e o trabalho?

I: Sinto que há dias melhores que outros, mas acho que é assim com toda a gente (riu-se). Apesar de ser part-time cansa-me e a minha motivação para os estudos acaba por diminuir significativamente. Mas estou feliz.

C: Sim, acho perfeitamente normal sentir-se assim, apesar de ser part-time trabalhar em atendimento ao público pode ser efetivamente desgastante. Mas ainda bem que apesar dos dias menos bons continua motivada em terminar o curso e está feliz.

I: Sim 100%

C: Como descreveria o momento de vida em que se encontra agora, em termos das suas relações interpessoais, vida social ou percurso profissional?

I: Neste momento... sendo completamente honesta. Estou a passar por uma fase da minha vida que dificilmente consigo meter em palavras. Talvez isto seja um sinal de alerta e precise de regressar à minha psicóloga . Começando com as minhas relações interpessoais, para dar algum contexto, eu sinto que cada vez mais tenho noção que sou uma pessoa privilegiada pelas pessoas por quem me rodeei quando era mais nova, quando digo mais nova foi na mudança de escola no oitavo ano até à faculdade. Mantive os mesmos amigos, tive dificuldade em fazer novas amizades na faculdade apesar de ter conseguido algumas, não sinto que tenha sido aquilo que me foi prometido por tantos, o típico “Melhores amizades para a vida”. Não foi nada disso. Estava a passar por uma fase complicada quando iniciei a faculdade, não iniciei com leveza e sinto que isso me limitou na parte social. Contudo mantenho os mesmos amigos do liceu de quem gosto muito e recentemente tive a sorte de conhecer a partir do meu namorado amigos e amigas incríveis. Ainda assim, são grupos muito distintos e sinto uma grande diferença educacional e emocional. Deparo-me com situações de traições em amizades e deslealdade que não fizeram parte da minha vida até agora. Sempre fui muito dada aos outros e sempre tive o meu coração na boca, tive a sorte de isso nunca se virar contra mim até conhecer outras pessoas com outro registo, não sei se me estou a fazer entender.

C: Sim, compreendo. estava habituada a um tipo de abordagem com pessoas que a conhecem desde pequena, nunca teve de se auto-justificar ou desconfiar, porque além de conhecer o coração dos outros sempre sentiu que conheciam o seu.

I: Exatamente isso! Não diria melhor honestamente. Sinto que neste momento sinto falta dos meus amigos, aqueles com quem cresci. Quero deixar claro que os adoro e que tenho ali amizades para a vida, apesar de diferentes isso não os torna menos, de todo!! Sinto apenas que às vezes deparo-me com situações de deslealdade que me partem o coração, apenas isso. Sei que tenho de me organizar e conseguir estar com todos e não perder nenhuma das partes.

C: Acho que verbalizar isso é um ato de coragem, ter consciência do que sentimos e estarmos dispostos a reorganizar e encontrar o equilíbrio.

I: Acho tudo isto vem do facto de passar tempo com o meu namorado e ser um grupo mais dinâmico, com mais programas. Marcam as coisas com antecedência eu digo que sim e

quando o outro grupo tenta organizar eu já tenho compromissos. Acontece também eu durante a semana estar com trabalho ou faculdade e não conseguir passar tempo com as pessoas. Acho que é uma questão de organização. Mas de facto sinto que tem de haver um esforço da minha parte em estar. Por isso, respondendo à questão da vida social, eu sou uma pessoa com bastante vida social, tenho a sorte de ter vários e diferentes tipos de amigos e a possibilidade de os acompanhar nos programas.

C: Compreendo, acho fantástico ter uma vida social ativa e ter amigos próximos que gosta tanto. Acredito que durante a semana seja mais caótico de estar, mas poderá ser apenas uma fase, como disse está a acabar os estudos e a trabalhar, isso por si só retira bastante tempo. Acredito que quando as coisas acalmarem será mais fácil de organizar a semana e os momentos de convívio e os de laser.

I: Sim, tenho pensado assim. Que tudo isto é uma fase e que tenho apenas 25 anos, tudo vai ao sitio.

C: E relativamente à vida profissional? Como se sente no seu trabalho e nesta fase final de estudos?

I: Relativamente ao trabalho sinto-me bem, estou a ganhar o meu dinheiro para fazer as minhas coisas enquanto estudo. Confesso que o atendimento ao público é sim desgastante e que muitas vezes só quero chegar a casa e dormir. Lidar com a frustração e irritabilidade das pessoas... enfim.

C: Trabalhar com atendimento ao público é sempre complicado sim. Acho que é importante relembrar-se nesses momentos que muitas vezes essa frustração e irritabilidade do consumidor é uma projeção, não tem nada a ver diretamente consigo, mas tudo a ver com o próprio. A culpa não é sua e idealmente não tem de carregar esses pesos, por isso tente desligar-se emocionalmente desses momentos e pensar que não tem nada a ver consigo diretamente.

I: É isso que tenho tentado fazer. O facto de ser temporário também me alivia bastante. Mas por outro lado sinto que este trabalho como tudo na minha vida tem um propósito para o meu desenvolvimento, acabo por aprender muita coisa que sei que irei aplicar no meu futuro..

C: A nível académico como estão a correr as coisas?

I: Estou muito satisfeita, muito feliz! Quero apenas que acabe para começar a trabalhar na área. Estou a tirar o curso em marketing digital e adoro!

C: Que bom! Parece uma área muito interessante e que puxa bastante pela criatividade. Falando um bocado sobre a sua infância, que memórias e sentimentos lhe vêm à mente?

I: Ui... sendo muito honesta, a minha infância não é a altura da minha vida que gosto particularmente de recordar e falar, honestamente sinto que grande parte apaguei da minha cabeça inclusive. Acho que se não tivesse feito terapia recusava-me a pensar nela. Mas, respondendo à questão dos sentimentos...sinto desconforto, ansiedade...insegurança... medo. Tenho memória física do que sentia, a ansiedade, que gerava pânico. O medo de ser abandonada, o medo de ninguém conseguir salvar-me se estivesse em perigo. Isso gerava pânico quando não conseguia encontrar respostas em mim. Lembro-me de ficar enjoada por causa da ansiedade e com vontade de vomitar, dificuldade em respirar. Isto são tudo coisas que são extremamente dolorosas de recordar.

C: Efetivamente são memórias muito fortes e acredito que sejam dolorosas de visitar, é perfeitamente normal que o corpo ainda guarde essas sensações. Disse-me que fez terapia, e que ajudou a conseguir pensar sobre este tema...

I: Sim, a terapia ajudou-me a encontrar respostas para todas estas questões. Quando era mais nova eu apenas sentia os sintomas e não conseguia compreender o porquê que existirem, não ajudava comparar-me às outras crianças, sentia-me anormal e o meu maior desejo era ser “normal” não pensar tanto, não sofrer tanto, não ter medos nem fobias e simplesmente ser feliz. Infelizmente não foi bem assim. Hoje compreendo que o medo de abandono vinha das inseguranças que eu sentia relativamente aos meus pais enquanto casal. Que não estavam estáveis para me receber como filha, que podiam separar-se e que eu iria ficar sozinha. Sentia medo que se esquecessem de mim ou que se corresse perigo de vida que não me iam conseguir ajudar. Sentia pânico e ansiedade. Criei medos na minha cabeça como ter medo de comer porque tinha medo de morrer asfíxiada, como se a comida fosse um inimigo e por isso com 7 anos tive uma bulimia nervosa. Achava que se me engasgasse podia morrer e os meus pais não me iam conseguir salvar. Eu sei que isto parece louco, mas foi efetivamente assim que aconteceu. Ganhei medo de morrer. E quando dei por mim não queria sair de casa, tinha medos por todo o lado, não conseguia controlar-me tudo saía do meu controlo.

C: Ok, compreendo. Sabe dizer-me quando começou a terapia e que tipo de terapia?

I: Para dar um melhor contexto quando era mais nova os meus pais tiveram muita dificuldade em compreender o que se passava comigo. Descrevem-me até aos dias de hoje como uma criança complicada. Se for muito detalhada acho que ficamos aqui o dia todo, por isso nem sei bem por onde começar e o que realmente é importante dizer. Vou tentar mesmo assim... A minha mãe diz que fui uma criança desejada, que quando quis engravidar, engravidou, foi uma gravidez feliz sem grandes altos e baixos. Contudo custa-me acreditar hoje em dia que os meus pais estavam preparados para uma relação ou até mesmo o nascimento de uma criança. São duas pessoas com muita bagagem emocional e histórias de vida com trauma e dor... como qualquer ser humano na verdade. Apesar disso tudo uniram-se, casaram e tiveram-me três anos após o casamento, fui a primeira filha e como disse fui desejada. Após o meu nascimento a minha mãe diz que eu tive muita dependência de mama e causei mamastites, porque não só usava para alimentar mas também para conforto. Mais tarde com psicólogos percebi que provavelmente houve dificuldade em “descolar” da mama e que isso pode ter iniciado alguns problemas de dependência emocional, medo de abandono entre outras coisas. Sei que isto pode parecer bastante abstrato.

C: Não, não! Na verdade faz bastante sentido e compreendo tudo o que me está a contar.

I: Pronto... os meus pais trabalhavam muito e por isso os meus avós paternos que eram os mais próximos assumiram um papel na minha vida muito importante, guardo todas as nossas memórias com imenso amor e felicidade. Sabia que no que dependesse deles iriam estar sempre ali. Contudo, não sentia o mesmo com os meus pais. Na verdade iam-me levar à escolinha de manhã e depois só os via muito tarde, ia para casa dos meus avós e ficava lá até me irem buscar. Sempre foi assim... Infelizmente quando já estava no primeiro ciclo tive de me habituar a outro registo, o meu avô sazonalmente tinha quebras e não conseguia guiar e conseqüentemente não conseguia ir-me buscar à escola. O meu avô tem bipolaridade e tinha meses depressivos e outros meses em que estava em altas, os momentos altos eram tão assustadores como os depressivos. Mas nos momentos depressivos mal via o meu avô fora da cama. Passava os dias no quarto. E por isso, nessas alturas onde o meu avô não conseguia ir buscar-me à escola eu era a primeira a chegar e a última a sair da escola e isso para mim era extremamente ansiolítico. Chegavam-me a ir buscar às 20h00. Surgia o medo de abandono, como muitos outros. Por isso... resumo, senti a ausência dos meus pais várias vezes. Estávamos juntos durante o fim-de-semana e a ansiedade de segunda-feira era insuportável e

depressiva, nunca queria ir para a escola porque já sabia que iria sofrer à espera deles para ir para casa.

C: Quando é que começou a fazer terapia?

I: As minha primeiras consultas com pedopsiquiatra foram com 6 anos, confesso que não me lembro da razão para lá ir, mas sei que foi a pedido da minha pediatra. Entretanto na escola não era boa aluna no primeiro ciclo, tive muitas dificuldades além de toda a ansiedade que lhe falei, tinha medo de ler em voz alta, as palavras trocavam-se todas, eu ficava tão nervosa que tinha vontade de vomitar. Tinha dificuldade em ler e compreender o que tinha lido. Mas nunca ninguém fez grande caso disso, nem a escola nem os meus pais até à entrada no segundo ciclo (5º ano) onde se aperceberam que eu tinha dislexia e que por essa razão não conseguia ler fluentemente e dava muito erros ortográficos. Hoje, mais velha fico chocada como é que demorou tanto tempo a ser identificado, não acho normal. Mas enfim... Comecei a ter apoio na escola com uma psicóloga que me avaliava e ajudava, além de estar no decreto-lei, que por sua vez foi outro tema na minha vida que já explico mais à frente. Mas relativamente ao apoio tive essa psicóloga que fazia jogos comigo, falava sobre várias coisas e dava-me ferramentas que até aos dias de hoje são extremamente úteis. Fora essa terapia na escola fui seguida por outras psicólogas não sei a especialidade para ser sincera, mas essas consultas eram focadas na minha ansiedade, medos e falava sobre o que sentia no dia-a-dia, sobre os meus pais, conflitos na escola.

C: Relativamente ao decreto-lei...

I: Sim! A entrada no decreto-lei fez com que os meus testes fossem diferentes dos restantes, o que obviamente foi algo que fez de mim alvo de troça, além do bullying que deu início no 5º/6º ano. Até os professores não levavam a sério as minhas notas e cheguei a ter uma professora que me lembro perfeitamente da disciplina e da sua cara, que disse à frente da turma toda que não devia ficar feliz com um “bom -” porque além de ser um “bom -” só poderia ficar feliz quando os meus testes fossem iguais aos dos meus colegas. Estas coisas ficaram comigo... eu perdoei para seguir em frente porque o que seria de mim se não o fizesse. Sempre fui uma menina insegura e sinto que apesar de mais disfarçado hoje em dia também sou. E a minha história retrata isso.

C: Essas situações na escola falava com os seus pais sobre isso? Sobre o comentário da professora ou o bullying?

I: Não, honestamente senti vergonha, eu só queria que os meus pais me aparecessem e ficassem orgulhosos das minhas melhorias de notas. O bullying eu desvalorizei até de tornar insustentável. Eu nunca tive problemas com a minha imagem e com o meu corpo quando era mais nova. Apesar da minha bulimia nervosa aos 8 anos que foi um reflexo de ansiedade e fobias, nada tinha a ver com o meu corpo ou imagem corporal. Mas na escola, no segundo ciclo o meu corpo passou alvo de insultos, descobri pelos outros que estava tudo de errado em mim, supostamente. Lembro-me de ouvir pela primeira vez que era “larga”, gorda, feia, tinha muitos pêlos nas sobrancelhas, que nunca ia ter um namorado e também de lembro de me chamarem shrek, a personagem do filme. Mas sabe o que para mim é o mais chocante? Está gravado na minha cabeça, eu digo que não me lembro de não ter problemas com o meu corpo e com a minha imagem, mas efetivamente lembro-me da primeira vez que vi que estava tudo errado comigo e foi a primeira vez que ouvi “és gorda”. Desde então assumi essa afirmação e passei a ver-me assim. Foi assim que tudo começou. O bullying começou assim, perseguiram-me na escola a insultar-me, eu escondia-me nas casas de banho, não me queria pesar nas aulas de educação física, usava cintas para esconder a barriga, isto tudo com 12/13 anos... o bullying chegou a ser físico, o professor que parou a confusão não fez queixa nem me ajudou a fazer... as coisas eram esquecidas simplesmente. Até que era tão evidente que os meus pais decidiram tirar-me daquele colégio.

C: Na altura em que começou a sentir insatisfação com o seu corpo, tomou alguma medida?

I: Não, tive sorte no início. A minha mudança de escola deu-me a oportunidade de recomeçar do zero. Senti-me logo muito bem, fui muito bem recebida e tratada. Tive namoradinhos, sentia-me apreciada e bonita até. Mas infelizmente havia sempre uma voz em mim, insatisfeita com a minha imagem e com o meu corpo.

C: E depois desta fase inicial?

I: Tive um namorado durante cerca de três anos, relação saudável, primeira relação de adolescente. Ajudou-me bastante em várias questões, principalmente questões em casa que envolviam a minha família. Que é todo outro tema que acho que também teve influência nisto tudo. Os meus pais depois de mim tiveram o meu irmão três anos depois, somos quatro lá em casa. O casamento dos meus pais parecia-me normal dentro da normalidade que conhecia, discutiam bastante, mas depois ficavam bem, haviam coisas que eu também não queria perceber... até ser obrigada a perceber. Voltando um bocado atrás quando tinha 11 anos

feitos recentemente descobri que o meu pai andava a trair a minha mãe, nem sei bem qual o momento em que me apercebi, só sei que fui o apoio da minha mãe e ajudei em muita coisa que uma miúda de 11 anos não devia ajudar. Não quero entrar em detalhes mas quando digo que vivi aquela traição como se fosse minha vivi... fui colo da minha mãe e a minha cama era o conforto das duas, dormíamos juntas às vezes e chorava agarrada a mim, sinto que vivi aquilo intensamente. Passei por várias fases de ódio, revolta e tudo mais com o meu pai. A minha imagem de herói foi-me retirada sem permissão e eu era muito nova para conseguir compreender, não tinha maturidade não compreendia. Eu só sabia que o meu pai estava a abandonar a família, mesmo que não saísse de casa. Foi-me dada a informação que ele escolhia ativamente passar tempo com outra pessoa que não a minha mãe e a nossa família. Isto destruiu-me. A forma como passei a viver as relações também, a minha dependência emocional e o medo de traição era imensurável, porque tinha medo de viver o que a minha mãe vivia. Com isto, este primeiro namorado foi incrível, compreendia as coisas que se passavam e ajudava-me a gerir emocionalmente, ele dava-me tanta segurança que estes medos vivam no meu inconsciente adormecidos. Quando a relação acabou eu não estava à espera, na verdade nunca pensei que fosse o próprio a querer acabar a relação. Sei que isto parece mau de se dizer, mas achava que seria eu a querer eventualmente no futuro, contudo foi ele. Fiquei sem chão, foi a primeira vez que senti o coração partido, e é tal e qual como descrevem, fiquei sem chão, não sabia para onde me virar, ansiedade tomou conta de mim, percebi que era dependente emocionalmente dele, ele dava-me estabilidade e tranquilidade e do nada deixei de ter tudo isso. Nessa altura nem dormir sozinha conseguia... de manhã depois de uma noite em branco is para a cama dos meus pais procurar conforto. Já se passaram anos mas lembro-me muito bem da sensação de desespero e ansiedade... inevitavelmente perdi peso, com o stress e ansiedade não conseguia comer e o que comia o meu corpo não processava... ai sim... vi que conseguia perder peso e confesso que a sensação de vazio enchia-me... estranho mas é a verdade. Continuei sem comer e a perder peso. As aulas começaram e poucos meses depois comecei a namorar outra pessoa... estou a estender-me muito?

C: Não, nada disso! Tudo isto são informações relevantes.

I: Ok então... comecei a namorar este rapaz que por sua vez foi uma relação tóxica, a minha primeira relação tóxica, três anos. Chamo-lhe tóxica porque não tem mesmo outro nome, completamente diferente da anterior. Uma pessoa insegura que precisava que eu me sentisse

menos para ele se sentir mais. Acho que isso ativou novamente muitas sensações da minha infância, voltei a sentir-me feia e gorda e pouco desejada. Pensava que se fosse mais magra ele iria gostar mais de mim, se fosse mais e mais e mais. Sentia-me vazia, perdia peso de nervos, ele acabava a relação várias vezes e voltava e isso gerava mais medo e ansiedade de ser abandonada, e eu só via o peso na balança a baixar mais e mais... até que atingi um ponto onde era propositado. Eu queria desaparecer, apesar de me ver gorda os outros diziam que eu estava muito magra. Já estava na faculdade nesta altura, não menstruava há muito tempo. Na totalidade tive 5 anos sem menstruar. Naquela altura da faculdade nem conseguia fazer grandes amizades porque estava completamente desfocada de mim e 100% focada nele e na minha doença... a este ponto eu já sabia que tinha um problema. Excesso de exercício, super controlo no peso, não me permitia sair de casa de o peso na balança não fosse o que eu queria, se não estivesse eu não conseguia relacionar-me com as pessoas, fixada na minha imagem e na minha distorção de imagem. Eu só queria ser magra e sentir-me vazia e sentir controlo no meu corpo. A relação acabou por acabar.

C: E os seus pais?

I: Os meus pais viviam num desespero, não sabiam bem como gerir, como ajudar? Falavam com amigas minhas, toda a gente sabia do problema. Mas eu confesso que também era uma grande manipuladora e mentirosa, sabia como fugir das situações e tranquilizar... faz parte não é? Sabia como gerir a minha doença, também não acreditava que iria conseguir viver de outra forma. Mas os meus pais sempre se preocuparam, isto era um peso enorme para ambos, sei que sofreram bastante com tudo isto. Tentaram ajudar da melhor maneira possível e mais tarde conseguiram.

C: Mais tarde quando?

I: Mais tarde, após o meu término com este namorado tóxico comecei a namorar poucos meses depois com outro. Eu sei que parece mau, mas lá está a dependência emocional, medo de abandono, eu queria alguém que cuidasse de mim, me desse colo, amor, carinho etc. Este namorado não demorou muito tempo a compreender que eu tinha um problema com comida e consequentemente que a minha magreza vinha dali. Não admiti logo ao início. Pouco tempo depois de começarmos a namorar eu comecei a sentir dificuldade a entregar-me, estava tão focada na minha doença que preferia viver com ela do que ter esta relação. Além de que não me sentia tão apaixonada, achava que não gostava dele como era suposto gostar. A minha

mãe dizia que estava a sabotar-me e que ele tratava-me muito bem e que eu só não estava habituada a ser bem tratada. Por outro lado, não queria que ele estivesse comigo porque também não queria ajuda, não queria que esta pessoa se intrometesse nos meus rituais anoréticos ou o que fosse. Por isso acabei a relação durante um mês... estivemos separados. Ele ligava à minha mãe perguntava por mim, procurava-me em todo o lado, gostava mesmo de mim... comecei a acreditar no que a minha mãe me dizia. Talvez ele goste mesmo de mim e eu estou aqui a sabotar-me porque estou habituada a “maus tratos”. Bem resumindo, voltamos a estar juntos e a doença continuou ativa e eu cada vez pior, mais e mais magra, até que os meus pais decidiram que me iam internar. Isto foi muito mal recebido por mim como pode imaginar... Na tarde em que a minha mãe ligou ao advogado a tentar perceber como poderia pedir uma interdição por incapacidade, recebi uma mensagem desse meu namorado a pedir para estarmos juntos... tenho estado a ser 100% honesta por isso terei de contar isto também... nessa tarde, minutos antes de receber a mensagem, estava no meu quarto a escrever cartas de despedida... despedida porque eu acreditava que nunca iria conseguir viver sem esta doença, não queria, recusava-me, e por isso escrevi uma carta para os meus pais, outra para o meu namorado e outra para os meus amigos... custa-me falar sobre isto, mas foi assim que aconteceu... quando acabei de escrever as cartas recebi a tal mensagem... ele veio buscar-me a casa e levou-me a ver o pôr-do-sol, até hoje lembro-me do caminho que fizemos de carro até lá, de ter a carta na minha mala pronta para ser entregue, da cor do céu... tudo, lembro-me de tudo... quando chegámos ao sítio ele começou a chorar e a dizer que não aguentava ver-me a fazer isto a mim mesma, que o destruía ver-me a destruir-me, que me queria ajudar e os meus pais também e que tinha mesmo de aceitar fazer isto... prometeu esperar por mim, ajudar-me em todo o processo, e explicou que caso eu não aceitasse esta ajuda que não poderia continuar comigo... aquele ultimato remeteu para abandono e claro... não conseguia deixar que isso acontecesse. Aceitei... simplesmente aceitei a ajuda. Ele foi a minha primeira motivação. Ele leu a carta desfeito em lágrimas e ficou com ela. E foi assim que dei início ao internamento.

C: Como foi o internamento?

I: O internamento começou em Março de 2021, em regime ambulatorio, com psicólogo, psiquiatra e nutricionista. Entrei em internamento com 40 kgs. Foram quatro meses intensos, mas fundamentais. Relativamente ao psiquiatra tomei medicação, fluoxetina. A terapia em si ajudou-me em várias coisas, passei a ter mais consciência e a compreender vários padrões,

deu-me ferramentas que utilizo até hoje, ganhei peso, fiquei saudável, Contudo há sempre uma voz dentro de nós, eu simplesmente escolho todos os dias ignorá-la. Comecei a ganhar empatia pelo meu corpo. Foi um processo gratificante. Não lhe consigo dizer com que peso sai porque até hoje não me peso, e em contexto hospitalar caso seja necessário peço que não me digam, por ser gatilho. Tento defender-me com o que tenho.

C: E como está a sua relação com o corpo hoje?

I: Hoje sinto-me estável. Claro que os gatilhos existem e vão sempre existir, mas escolho lutar todos os dias contra eles. Tento ignorar.

C: Acha que a sociedade influencia essa relação com o corpo?

I: Sim, sem dúvida alguma. Os padrões de beleza são irreais e levam muitas pessoas a espirais doentias. As redes sociais estão cheias de vidas e corpos irreais. Uma das coisas que fiz durante o internamento foi silenciar várias contas de pessoas que seguia que eram gatilho. Não têm culpa nenhuma disso, odeio que tenha chegado a esse ponto, mas eu precisava mesmo de cuidar de mim e ver aquele tipo de conteúdo mexia com a minha cabeça tive de salvaguardar-me em várias coisas. Amizades também, por exemplo... durante o internamento estive bastante isolada, deixei poucas pessoas estarem perto de mim. Eu não podia ter distrações, eu tinha de estar focada no meu processo.

C: Como é a sua relação com a alimentação agora?

I: Diria que está normal. Como de tudo, sem privações. Há dias mais fáceis e outros mais difíceis, mas me esforço-me para não voltar atrás.

C: Após o internamento em ambulatório continuou a ter terapia?

I: Continuei a ter consultas com o meu psicólogo durante algum tempo. Depois estive bastante tempo sem psicólogo mas, em Agosto de 2023 iniciei outro tipo de terapia no campo holístico, que me ajudou bastante também, mas o foco era mais a minha relação e os meus pais.

C: Em falar em terapias holísticas... gostava de te perguntar também sobre a dimensão da espiritualidade e da religião na sua vida.

I: Sempre fui uma pessoa bastante espiritual. Cresci numa casa católica e num colégio católico, sempre estive perto de Deus e da sua mensagem. Contudo, houve uma fase da minha vida onde questionei... é normal, faz parte. Não questionei a existência de Deus, questionei a sua mensagem, mensagem esta passada de mãos em mãos. Custava-me acreditar que a presença divina que eu sentia, o Deus que eu conhecia passava certas mensagens. Óbvio que hoje em dia existe simplesmente um filtro... eu filtro. Mas na altura virei-me apenas para a espiritualidade como se fosse algo totalmente distinto das minhas crenças anteriores... não sei se isto faz sentido. Mas basicamente tal como a nossa sociedade eu meti tudo em caixas, e se não acreditava na mensagem de Deus não podia dizer católica, quando eu apenas não acreditava em certas mensagens. Então a espiritualidade para mim era uma caixa à parte, o Reiki e a meditação entraram na minha vida, a crença em seres de luz etc... Hoje em dia compreendo que não existem caixas e que isso é uma construção da sociedade. Deus é Deus e existe da forma como existe para mim e isso é-me suficiente, dá-me paz, sou espiritual e encontro paz no reiki e na meditação, vejo Deus em tudo e todos... e chamo Deus como podia chamar "Ser de Luz". A espiritualidade é algo individual e cada um sente e vive à sua maneira, isso é o que nos torna seres únicos também.

C: Que impacto sente que as suas crenças tiveram no seu processo de recuperação?

I: As minhas crenças têm impacto todos os dias a toda a hora. Eu vejo o mundo com as minhas lentes, e as minhas crenças moldam tudo o que vejo e como percepciono. Acredito que tudo acontece por uma razão e que devemos confiar e ouvir com atenção, sentir com atenção. Existem mensagens por todo o lado... acredito que tudo o que nos aparece de desafios na vida são-nos entregues porque somos mais que capazes de superar, acontecem porque é suposto acontecerem para o nosso desenvolvimento nesta vida. Com isto quero dizer que claro que senti uma grande força e motivação acima de mim, deixei de sentir medo durante todo o processo, senti-me acompanhada e simplesmente confiei.

C: Gostava de lhe perguntar o que foi mais difícil nesse processo?

I: Acho que o que foi mais difícil de aceitar foi ver o meu corpo a mudar. Perder a sensação de vazio e de pequenez foi duro. O espelho era o meu maior inimigo no início, tentei perder o hábito de me olhar e sempre que olhava e via algo que não gostava tinha grandes diálogos fora do espelho, onde refletia sobre o que tinha visto e o que tinha sentido em relação a isso, e após essa reflexão e diálogo tranquilizava-me e dizia a mim mesma que aquilo era a minha

cabeça a pregar partidas, que aquilo não era real e que eu sabia que não era real. Uma das ferramentas que foi muito importante para mim é tratar-me como se vivesse dentro de mim a minha versão pequena que precisa de sentir segurança, amor e que não quer sentir abandono... isso deu-me muita empatia para comigo, fez-me ter cuidado com as palavras que dizia e a forma como falava sobre mim. Outra coisa importante foi deixar de lado a balança, deixar de me pesar foi fundamental para este processo!

C: Como surgiu o contacto com psicadélicos?

I: A primeira vez que tive contato com psicadélicos foi em 2022 cogumelos, mas confesso que não foi tão forte como a segunda vez que experimentei que foi há cerca de um ano e meio com MDMA numa festa. Foi a primeira vez que senti amor-próprio e empatia num nível que parecia transcendente. Foi como se tudo fizesse sentido, como se eu fosse amada e mais do que um simples corpo, senti que o meu corpo era um templo separado de uma alma que escolheu viver naquele templo e que esperava ser bem tratada. Senti que fazia parte de algo maior do que a minha existência, que era fruto de algo divino, que era imperfeitamente perfeita, e que era o fruto de gerações e gerações de amor. Pelo menos até hoje gosto de pensar assim, eu sou a mistura de vários romances, acho isso bonito. Naquela experiência senti uma profunda gratidão e de forma geral quando sinto picos de felicidade a minha ansiedade toma sempre conta de mim e relembra-me que vai acabar... ou seja, acontece-me várias vezes estar em festas ou em situações que me transmitem sentimentos fortes de felicidade e existe sempre uma voz em mim que diz “vai acabar... esta felicidade é temporária”. Daquela vez eu senti-me leve, como se nunca fosse acabar, que iriam existir mais momentos na minha vida onde me ia sentir igualmente feliz, que a vida era uma descoberta e que a vida é linda. Eu adorei a experiência. E para alguém que sempre foi muito controlada e com medo de arriscar e perder o controlo aquela experiência foi importante para mim. Apesar de até então ter alguns receios, o normal, sempre tive medo de drogas e tudo o que as pessoas contam. Em 2022 quando experimentei cogumelos a experiência foi diferente, foi muito mais introspectiva do que propriamente sensorial, visual... Senti apenas que os meus pensamentos fluíam com mais naturalidade e que as informações vinham para o consciente sem nenhum esforço, tudo era claro... também gostei da experiência.

C: Teve apenas estas duas experiências?

I: Não! Sou controlada no que toca aos momentos em que isso acontece, ou seja, tenho de me sentir bem e estável para tal. Em festas com amigos gosto muito de vez em quando, não adoro a ideia de o fazer com regularidade até porque não quero que a minha felicidade na noite dependa disso. Porque efetivamente sente-se um grande nível de felicidade que é incomparável com outra coisa qualquer. Relativamente ao tipo de psicadélicos que já experimentei, foi então cogumelos e MDMA, sendo que MDMA já tomei mais vezes e os cogumelos foi apenas uma vez.

C: De que forma essas experiências influenciaram a sua relação com o corpo e com a anorexia?

I: Mudaram completamente a forma como me via. Durante a experiência e após a mesma não havia dismorfia na minha cabeça durante algum tempo, e o pensamento de que eu era mais do que um corpo e que eu era tudo aquilo que sempre quis ser ficavam durante algum tempo. Senti-me amada por mim mesma, como se tivesse finalmente desenvolvido empatia por quem sou, como se me olhasse de fora e fosse alguém de quem gostava muito. Amava e que tinha orgulho em tudo o que já tinha passado e conquistado.

C: Portanto acredita que os psicadélicos ajudaram na sua perceção de si mesma e do seu corpo?

I: Sim, sem dúvida que ajudaram.

C: Que potencial vê na utilização terapêutica dos psicadélicos para a anorexia nervosa?

I: Vejo imenso potencial. Para mim, uma limitação seria sempre o medo inicial. A perda de controlo foi algo que me atormentou durante anos, eu controlava o meu corpo porque sentia que tudo à minha volta era descontrolado. Esse medo do desconhecido poderia ser uma barreira. Mas acredito que, em contexto clínico, com segurança e acompanhamento profissional, esse receio seria mais fácil de ultrapassar.

C: Para terminar, como imagina o seu futuro em relação à sua saúde e bem-estar?

I: Imagino um futuro com desafios, claro, mas sobretudo um futuro feliz, mais próximo de quem sempre ambicionei ser. Apesar de acreditar que a liberdade absoluta é um conceito irrealista, sinto que vou conseguir aproximar-me de uma paz que me torne mais leve e mais livre.

C: Quero agradecer muito pela sua participação nesta entrevista, foi um gosto enorme ouvir o seu testemunho e da sua história e poder utilizá-lo para a minha dissertação. Obrigada pela sua abertura e honestidade.

I: Muito obrigada eu, fico muito satisfeita em saber que consegui ajudar de alguma forma, e foi um gosto poder partilhar um bocadinho da minha história. Muito obrigada mesmo.

Anexo H. 2ª Entrevista - K

C: Antes de dar início à entrevista, gostaria de agradecer pela sua disponibilidade para participar neste projeto. Esta conversa poderá ser gravada (mediante o seu consentimento) com o único propósito de transcrição e análise no âmbito da presente investigação. Todas as informações recolhidas serão tratadas com absoluto sigilo, confidencialidade e anonimato. Esta entrevista tem como objetivo compreender, de forma aprofundada, a história pessoal da/o participante, com especial foco na relação com o corpo, com a alimentação, com a saúde mental e, por fim, com a experiência com substâncias psiquedélicas em contexto terapêutico ou pessoal. Serão abordadas diferentes fases da vida e dimensões emocionais com o máximo de sensibilidade e respeito. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista a qualquer momento, bem como optar por não responder a determinadas questões, sem que tal implique qualquer tipo de prejuízo. Caso esteja de acordo, poderemos começar

K: Sim, claro.

C: Para começarmos, poderia partilhar um pouco sobre si? A sua idade e a sua ocupação neste momento.

K: Tenho 35 anos e sou fotógrafa freelancer.

C: Como descreveria a fase de vida em que se encontra atualmente, em termos de relações interpessoais, amorosas, vida social e percurso profissional?

K: Sempre fui uma pessoa expansiva, mas hoje sou mais seletiva em relação a quem deixo entrar na minha vida. Tenho uma relação estável há quatro anos, que tem vindo a melhorar com o tempo. Sinto-me realizada e confortável tanto a nível pessoal como profissional. Estou

mais reservada, mais cuidadosa em escolher as pessoas com quem me relaciono, mas isso trouxe-me conexões mais saudáveis. No geral, vivo uma fase equilibrada e saudável, tanto emocional como financeiramente.

C: E em relação à sua infância, que memórias ou sentimentos lhe vêm à mente? Se tivesse de escolher uma palavra para descrever, qual seria?

K: Penso em praia, sol e amigos. Os meus pais, apesar de trabalharem muito, eram presentes. Passei grande parte da infância a brincar na rua com vizinhos e colegas. Recordo felicidade, sorrisos e uma infância marcada por leveza e bem-estar. Ambos os meus pais cuidavam de mim, mas de formas diferentes. O meu pai era a figura que eu idolatrava, quase um herói. Queria estar sempre com ele, era o “bonzinho” que dizia que sim a tudo. A minha mãe era mais rígida e exigente. Tenho memórias pesadas da sua forma de educar. Percebo agora, em adulta, que a relação com ela não era propriamente saudável. Essa discrepância entre os dois influenciou muito a minha personalidade.

C: Quando fala em relação pouco saudável, o que quer dizer?

K: Para mim, uma relação saudável é quando existe troca, cuidado, empatia e carinho. Com a minha mãe não havia isso. O amor era expresso através do trabalho, da estabilidade, mas não havia afeto ou proximidade. Era fria e distante. Mais tarde chegou a pedir-me desculpa, dizendo que aquela era a forma como sabia amar. Tento não culpar e hoje em dia simplesmente aceito esta forma de estar. Também sou adulta e por isso consigo perfeitamente afastar-me fisicamente. Contudo quando era mais nova não era assim.

C: Acredita que essa relação com a sua mãe influenciou a forma como vive hoje as suas relações interpessoais e amorosas?

K: Sim. O lado mais frio dela não consigo reproduzir. Pelo contrário, tornei-me muito mais parecida com o meu pai: carinhosa, meiga, extrovertida. No entanto, herdei dela aspetos negativos, como a irritabilidade e dificuldade em pedir desculpa. Isso aprendi a reconhecer logo na minha primeira relação amorosa.

C: Referiu que aprendeu logo na primeira relação a importância de reconhecer alguns padrões. Como foram essas primeiras experiências amorosas?

K: O meu primeiro namorado foi uma excelente pessoa, muito presente, cuidadoso. Tivemos uma relação de quatro anos que moldou o meu entendimento do que queria dali para a frente. Mostrou-me o que era estar com alguém que cuidava de mim. No entanto, relações posteriores já tiveram mais semelhanças com a forma como a minha mãe se relacionava: pessoas emocionalmente ausentes, às vezes carinhosas, mas distantes, como se estivessem e não estivessem ao mesmo tempo. Parecia que estava a reproduzir um padrão e que procurava esta forma de estar da minha mãe nos meus parceiros. Talvez me tivesse habituado à ideia de que aquilo era amor, ou simplesmente era uma vontade minha interna de resolver essa questão mas com pessoas diferentes.

C: Quando pensa na diferença da sua primeira relação para as seguintes onde havia um padrão como disse, consegue identificar o que aconteceu para essa mudança relacional acontecer?

K: Sim. Uma delas surgiu depois do fim da primeira relação, quando ainda fazia o luto dessa história. Envolvi-me com uma pessoa carinhosa, mas ausente, e percebi que não me levava a lado nenhum, nem a nível afetivo nem sexual. Depois conheci outra pessoa com quem estive três anos. Essa marcou-me mais, porque era alguém emocionalmente indisponível e com tendência para o alcoolismo, tal como a minha mãe. Também tinha crescido num ambiente de violência doméstica, o que me fez reconhecer padrões familiares. Foi uma relação que deixou marcas e, de certa forma, mostrou-me que ainda procurava inconscientemente fechar histórias antigas. A minha mãe era uma pessoa bastante violenta na palavra e acredito que seja narcisista simplesmente sem diagnóstico.

C: Relativamente à sua infância e adolescência, sentia-se ouvida e compreendida em casa?

K: Era 50/50. Como disse o meu pai era sensível e carinhoso, mas a minha mãe não aceitava confrontos, era e é até hoje uma pessoa extremamente complicada. Quando comecei a responder-lhe, por volta dos 11 anos, ela reagia com rejeição, acho que era uma ameaça, o meu irmão era mais silencioso. Não era uma rejeição explícita, mas eu sentia. Havia crítica e conflito constante com a minha mãe.

C: Relativamente a essas críticas e conflitos...

K: Sim... para ser mais explícita, sobretudo na adolescência, a minha mãe dizia que eu era gorda, criticava o meu cabelo e a forma como me vestia. Nessa fase vestia-me de preto, de

forma alternativa, com correntes e um estilo que não representa totalmente a minha personalidade. Era uma forma de grito, de revolta, queria perceber quem gostava de mim pela pessoa que eu era e não pela aparência. Porque de facto a minha personalidade doce não combinava com a forma como eu me apresentava ao mundo, era uma capa, protegia-me do mundo e das más intenções. Claro que isso teve impacto também a nível social, na escola, levei com bastantes comentários e críticas pelo meu aspecto físico.

C: Esses comentários tiveram impacto na sua autoestima?

K: Sim. Eu não tinha consciência de que estava diferente fisicamente, mas quando a minha mãe disse que eu estava gorda, comecei a olhar para mim de outra forma. Deixei de usar certas roupas, evitei ir à praia e passei a pensar muito sobre como os outros me viam, na minha alimentação e peso. Tornei-me muito autocrítica da minha imagem e comecei a viver intensamente com esses pensamentos.

C: Como lidava com os colegas na escola nessa fase?

K: Sofri bullying na adolescência, especialmente entre os 14 e os 16 anos. Diziam que eu era feia, gorda e criticavam o meu estilo. Desenvolvi raiva e agressividade como resposta. Tornei-me confrontativa, física e defensiva. No entanto, tinha grupos de amigos fora da escola, no Porto, em Lisboa, em vários contextos e isso deu-me suporte. O bullying foi doloroso, mas não me destruiu, porque tinha redes de apoio fora daquele espaço.

C: E os professores, como reagiam?

K: Também me julgavam. A diretora de turma, em particular, foi cruel e dava carta branca para que os colegas me desvalorizassem. Quando percebi que nem os adultos me protegiam, decidi mudar de escola no 12.º ano.

C: Gostava de lhe perguntar como era a vivência da alimentação na sua família. Existiam rituais, conversas, tensões ou afetos associados às refeições?

K: Na minha casa não havia esse ritual, porque a estrutura física da casa não o permitia. Não tínhamos espaço para uma mesa de refeição, e cada um acabava por comer no seu canto. As refeições eram individuais, nunca em conjunto. Para muita gente isso parece estranho, mas para mim sempre foi a normalidade. Eu comia no meu quarto isolada.

C: E em relação à sua própria alimentação, como foi crescendo essa ligação?

K: Tornei-me vegan aos 14 anos. Mesmo que tivéssemos refeições em conjunto, eu já teria uma alimentação diferente, porque os meus pais não sabiam cozinhar para mim. Na altura, em 2004, quase não havia opções nem informação. Quando lhes disse que não queria comer produtos de origem animal, nem eu sabia bem o que iria comer. Fui aprendendo sozinha. Ainda assim, isso acabou por influenciar a família: os meus pais começaram a cozinhar mais legumes e a reduzir carne e peixe. Hoje, cada um tem a sua alimentação individual, mas nunca houve tensão por causa disso. Pelo contrário, houve aceitação e adaptação.

C: Sente que essa escolha foi uma forma de afirmação pessoal? de forma a controlar algo?

K: Sim, sem dúvida que sim. Sempre tive autonomia e cuidado na forma como me alimento. Tal como escolhia como me relacionava com os meus pais, também fiz uma escolha consciente na alimentação. Era uma forma de afirmar quem eu era e ter controlo no descontrolo.

C: Voltando um bocado atrás, relativamente ao seu nascimento, amamentação e primeiros anos de vida, apesar de não haver memória, alguma vez soube informações sobre essas fases?

K: Sim, sim! Nasci prematura, com sete meses, muito muito pequena, e fiquei duas semanas na incubadora. A minha mãe não tinha leite suficiente, então fui alimentada com suplementos e até com leite de outra mulher no hospital. Não sei que impacto isso teve na minha mãe, mas certamente que deve ter sentido algum tipo de culpa ou falha.

C: Sabe se foi uma gravidez planeada?

K: Não, não foi de todo uma gravidez planeada, muito pelo contrário. Eu sou fruto de vários abortos anteriores. A minha mãe tinha feito seis ou sete, e quando engravidou de mim, o médico disse-lhe que não podia interromper outra vez porque colocava a vida dela em risco. Por isso, acabei por nascer. Cresci sempre com a sensação de não ser desejada. Só mais tarde a minha mãe confirmou que era verdade.

C: E como foi para si receber essa confirmação?

K: De certa forma, já sabia inconscientemente. Sempre senti a ausência de instinto maternal da parte dela. Ter ouvido a confirmação foi duro, mas também trouxe clareza, muitas coisas

que eu sentia faziam sentido. Hoje vejo-a como uma pessoa danificada, com a sua própria história traumática, e isso ajuda-me a ter compaixão.

C: A sua mãe passou por situações difíceis na infância?

K: Cresceu numa família disfuncional, com violência, alcoolismo e agressões entre irmãos e o pai. Tenho a certeza que isso marcou-a profundamente, acho que ela nunca conseguiu ser mãe de verdade. É uma adulta com uma criança interior ferida que não soube dar amor, porque nunca o recebeu. Contudo, eu não guardo rancor, sinto apenas pena e, de certa forma, gratidão, porque toda essa dureza dela e forma de estar moldou-me e faz de mim quem eu sou hoje em dia.

C: Relativamente a crenças, espiritualidade/ religião. O que significa para si e como descreve a sua relação com ela?

K: A minha relação com a espiritualidade tem sido longa e flutuante. Por vezes sinto-me muito ligada a algo maior, noutras fases afasto-me e fico mais pragmática. Mas nunca desaparece de mim. Fui criada num colégio católico, com freiras. Uma delas, a irmã Natália, marcou-me imenso e guardo memórias muito bonitas, era religiosa, mas sem extremismos, educava com fé e bondade, não com lavagem cerebral. Mais tarde, na adolescência, afastei-me da religião institucional, mas mantive valores como “não faças aos outros o que não queres que te façam a ti”. Agora na vida adulta, aproximei-me do budismo, do taoísmo e até de filosofias japonesas como o shintoísmo. Li textos, viajei, tive experiências que me levaram a diferentes práticas espirituais. Hoje acredito que todas as religiões têm a sua verdade. Não vejo a religião como algo mau, muito pelo contrário, pode dar estrutura, gratidão e disciplina.

C: E como vive isso no quotidiano?

K: Trago rituais simples, como agradecer pela comida. No Japão, por exemplo, o “itadakimasu” expressa gratidão ao alimento, ao animal, à terra, a tudo o que tornou a refeição possível. Já estive em contextos católicos também, como com um namorado australiano cuja família agradecia a refeição em oração. Para mim, esses rituais fazem sentido porque nos tornam mais gratos. Eu acho que se olharmos para as religiões e crenças no seu “core” conseguimos compreender que existem muitos pontos semelhantes e até mesmo iguais. Tenho a certeza de que existe algo maior, uma unidade que nos liga. Mas acredito também que estamos aqui para viver esta vida, não para nos perdermos no “além”. A

curiosidade é natural, mas a missão é viver o presente. Desde pequena que sinto presenças, energias, frequências que me incomodam. Lembro-me de estar em casa e sentir que não estava sozinha, como se houvesse alguém a passar. Até hoje isso acontece. Em Sintra, por exemplo, não gosto de andar à noite porque sinto cargas muito fortes, presenças difíceis de explicar. Não acredito que sejam sempre negativas, mas como não as consigo ver claramente, deixam-me desconfortável.

C: Isso gera ansiedade?

K: Sim. É como se tivesse uma sensibilidade maior que me torna vulnerável. Vejo beleza nos lugares, mas também sinto peso. É um misto, não é só medo, é percepção.

C: Acha que essa sensibilidade espiritual também se relaciona com a história da sua família e da sua mãe?

K: Sim. A minha mãe, apesar de ter sido dura, também era extremamente sensível e isso fragilizou-a. Chegou a envolver-se com as Testemunhas de Jeová, foi manipulada e acabou por se magoar ainda mais. Eu cresci a sentir que ela projetava sobre mim aquilo que não conseguia viver. Muitas vezes dizia: “Você é tão interessante como eu era.” Sempre senti que havia ali mágoa, um reflexo daquilo que ela própria não conseguiu ser.

C: E como lida com isso hoje, enquanto adulta?

K: Como disse não guardo rancor, sinto apenas pena e compaixão. Acho que a minha mãe foi uma criança ferida que nunca teve capacidade para ser mãe de verdade. Percebo os padrões, mas não quero reproduzi-los. E eu procuro ser o contrário, afetuosa, presente, carinhosa. O que recebi de negativo dela transformei em força e consciência. Contudo, sinto que uma das coisas que pode ser relevante dizer é que não sinto o chamamento maternal, não tenho o desejo de ser mãe e não sei se vem do receio de me tornar a minha mãe ou de simplesmente não existir essa vontade em mim e está tudo bem com isso. Não vivo atormentada com o pensamento de não ser mãe, simplesmente respeito nunca ter sido uma vontade, não consigo controlar isso em mim. Mas voltando atrás, eu sinto que sou bastante intuitiva e espiritual desde nova.

C: Como vive atualmente a espiritualidade?

K: A espiritualidade acompanha-me sempre. Acredito que há uma linha tênue entre desequilíbrio e equilíbrio espiritual. Já tive fases de crises de fé, em que parecia perder tudo, mas depois vinha uma onda maior de sentido, de compreensão. Hoje acredito que existem presenças, energias e até vidas passadas que nos influenciam. Mas acima de tudo sei que estou aqui para viver esta vida, neste corpo, com as pessoas que me rodeiam.

C: Falámos bastante do seu percurso profissional. Gostava agora de olhar para o lado pessoal. Como sente as suas relações de amizade e familiares neste momento?

K: Os amigos são talvez a parte mais segura da minha vida. A nível familiar, aprendi a aceitar as pessoas como são, mesmo que não correspondam ao que eu desejava. Gostava de ter tido uma mãe diferente, sim, mas não foi o que aconteceu. Isso ensinou-me a manter distância quando é necessário, a escolher com quem me envolvo e a proteger a minha frequência, porque sei que isso afeta o meu equilíbrio e o meu trabalho.

C: E no campo amoroso, como tem sido?

K: Sinto que é igual, procuro o bem estar e viver em paz, procuro sempre uma energia de tranquilidade e segurança. As coisas que são para ser acabam por vir até mim.

C: Diria então que a espiritualidade é central na forma como lida com desafios e sofrimentos?

K: Sem dúvida alguma. Se não for o ponto mais importante, é um deles de certeza. Claro que sinto ansiedade e tristeza como qualquer pessoa, mas em comparação com os outros, os meus níveis são baixos, porque me sinto acompanhada, aceito as coisas que vêm até mim, aceito a dor como aceito a felicidade e penso sempre que na dor eu vou aprender alguma coisa que mais à frente vai gerar felicidade, acho que este mindset é importante. Recentemente, por exemplo, tive alterações celulares relacionadas com HPV. Podia ter entrado em pânico, mas não o fiz. Confiei. Se tiver de ser resolvido, será. Se não, também é porque não era para ser. Esse é sempre o meu instinto, simplesmente confiar.

C: Esse confiar estende-se também ao tema da morte?

K: Sim, nunca tive medo de falar da morte. Se acontecer, acontece. Claro que quero viver, quero saúde, mas não entro em pânico quando se fala sobre isso. Acho que o que me assusta mais são doenças como Alzheimer, em que o corpo fica presente mas a pessoa já não está. É como viver um luto em vida. Para mim isso é muito mais duro do que a morte em si.

C: E como viveu os lutos que já teve?

K: Perdi um grande amigo que se suicidou e também uma amiga que era como família. No caso do meu amigo, quando soube, não fiquei em choque como esperava. Até hoje, oito anos depois, sinto que ele continua presente. É como se tivesse ido viver para outro lugar e eu apenas já não o vejo. Penso que isso está ligado à minha espiritualidade: continuo a sentir a energia dele.

C: Sente então que a espiritualidade dá-lhe outra forma de encarar a perda.

K: Sim. Para mim, a morte não é um fim absoluto. É uma passagem. Isso ajuda a viver os lutos de forma menos destrutiva, dolorosa e intensa.

C: Queria perguntar-lhe agora sobre a sua relação com os psicadélicos. Como se deu o primeiro contacto?

K: Durante muito tempo nunca toquei em nada, nem álcool em excesso, porque sempre gostei de ter muito controlo. Mas num momento muito difícil da minha vida, após um desgosto amoroso, senti que não tinha nada a perder. Estava demasiado ligada à espiritualidade, a sentir tudo em excesso, e precisava de respostas. Foi aí que experimentei. Fiz ayahuasca sete vezes, usei rapé e também o bufo alvarius. Sempre em contexto de ritual, nunca lúdico.

C: E o que procurava nessas experiências?

K: Essencialmente respostas. Queria perceber porque é que me sentia tão triste e como lidar com isso. E encontrei um caminho de autoconhecimento. A minha visão mudou completamente. Passei a compreender que a intenção é fundamental. A forma como entras na experiência define tudo o que vais encontrar.

C: Gostava que me falasse das experiências em si. O que sentiu, o que viu, como se transformou.

K: Vou falar das duas principais, a ayahuasca e o bufo alvarius. Têm o mesmo princípio ativo, mas são processados de forma diferente. O bufo é uma bomba curta, dura vinte minutos, mas é super intenso. Não há tempo para pensar, só para sentir. A ayahuasca é uma viagem longa, de várias horas, em que vais enfrentando tudo por camadas. Na primeira vez que tomei ayahuasca, a sensação inicial foi brutal: percebi que não tinha controlo sobre nada.

Foi desconfortável, gerou ansiedade, mas logo depois veio a aceitação do gênero: “Se não há nada a fazer, então é deixar acontecer. É muito isso que a ayahuasca ensina, a aceitar o que vem, seja agradável ou doloroso.

C: E o que é que encontrou nessa viagem?

K: Primeiro, enfrentei a perda de controle, que sempre foi um tema meu. Depois, veio algo ainda mais forte, a experiência da maldade. Até aí eu vivia numa espécie de bolha em que não acreditava que a maldade existia de verdade e a ayahuasca obrigou-me a senti-la na pele. Senti o que era ser um pedófilo, um assassino, um violador. Senti um prazer distorcido dessas figuras, o medo nos olhos das vítimas, e ao mesmo tempo a sombra que existe em cada ser humano. Foi terrível e fascinante ao mesmo tempo.

C: E que conclusão tirou disso?

K: Que eu não sou nada daquilo, justamente porque todos os dias escolho não o ser. A maldade existe, mas eu não a pratico. E isso é humano, todos temos sombra, mas é a escolha diária que nos define. No fim da experiência, senti uma espécie de purga, vomitei medos, bloqueios, racionalizações, até me sentir mais leve. A partir daí, a viagem tornou-se mais clara, mais luminosa.

C: Diria então que houve uma destruição do ego?

K: Sim. O ego desfaz-se, e ficamos diante da consciência de que somos todos um, de que há uma inteligência maior a guiar-nos. É como se o véu caísse e visses a unidade de tudo. Mas para lá chegar, temos de atravessar a escuridão.

C: Como é que isso se refletiu na sua vida?

K: Sinto que mudou a minha perspectiva, passei a aceitar que onde há luz também há sombra, que nada é permanente e que a felicidade absoluta não existe sem tristeza. É o equilíbrio natural das coisas. A ayahuasca obrigou-me a ver a minha própria sombra, a reconhecer que também tenho maldade em mim, e que isso não me torna má pessoa, sou apenas humana. O que importa é a consciência e a escolha.

C: E o bufo? Como foi diferente?

K: O bufo é muito mais intenso e rápido. Não há preparação possível. És engolida pelo todo, não consegues pensar, só sentir. Para mim, foi uma morte do ego ainda mais radical, uma fusão total com algo maior. É tão curto que quando voltas parece que estiveste ausente uma eternidade. É assustador e libertador ao mesmo tempo.

C: Quando fala dessa experiência de confrontar a maldade, parece-me que houve também uma reflexão profunda sobre escolhas. Como viveu isso?

K: A conclusão que retirei foi que quanto maior a luz, maior a sombra. Eu não queria ver a maldade que havia em mim, mas tive de aceitar que ela faz parte da condição humana. A diferença está na escolha, todos os dias decido não agir dessa forma. A ayahuasca fez-me compreender que até os comportamentos mais extremos como o de um pedófilo ou de um assassino têm uma narrativa interna distorcida. Não estou a justificar os pedófilos ou algo do género, mas percebi que muitas vezes esses atos vêm de traumas, abusos ou distorções da linguagem do amor. É claro que são escolhas, e a responsabilidade é da pessoa, mas há também uma enorme dor por trás.

C: Isso trouxe-lhe compaixão?

K: Sim, compaixão e uma percepção muito maior. Vi que até nesses casos há sofrimento. É difícil, porque socialmente nós só queremos excluir, castigar, condenar. Mas senti que é preciso olhar para estas pessoas também como seres em sofrimento, que precisam de tratamento. Não estou a dizer que é fácil, ou que eu própria conseguiria perdoar um agressor, mas percebi que o caminho da cura pode passar por aí.

C: O perdão pode ser um processo de cura, até para a vítima.

K: Exatamente. Eu vi isso num documentário sobre um homem que perdoou o assassino dos filhos. Eles encontraram-se frente a frente, conversaram, e esse pai disse que perdoar foi o que o libertou. Para ele, o perdão não foi para o agressor, foi para si próprio, para deixar de carregar aquele peso. E o agressor, por sua vez, transformou-se com esse gesto. É extremo, mas mostra o poder que o perdão pode ter.

C: É uma perspetiva muito poderosa.

K: Sim, porque marginalizar eternamente não resolve nada. Claro que há limites, claro que há crimes terríveis. Mas excluir sem dar hipótese de cura só perpetua a violência. Eu não sei

como seria se fosse comigo, mas gosto de acreditar que confrontar e procurar entender pode trazer algum alívio, alguma validação.

C: Fala com bastante clareza sobre isso.

K: É porque a experiência psicadélica obriga-nos a olhar para as sombras. Eu percebi que, mesmo em casos extremos, há quase sempre uma história de sofrimento, distorções de linguagem de amor e bloqueios profundos. Para mim, foi importante compreender isso, porque trouxe compaixão. E compaixão não é o mesmo que desculpabilizar, é reconhecer a humanidade, mesmo onde custa mais.

C: Depois de todas essas experiências e reflexões, o que sente que os psicadélicos lhe trouxeram em termos de cura?

K: Trouxeram-me consciência. Foi duro, olhar de frente para a sombra nunca é fácil, mas ao mesmo tempo libertador. Eu percebi que todos temos luz e escuridão dentro de nós. E que não adianta negar a sombra, porque ela existe. O que podemos fazer é escolher, todos os dias, agir de forma diferente.

C: Então, mais do que “mostrar coisas bonitas”, a experiência obrigou-a a confrontar-se com o que estava escondido?

K: Exatamente. Foi como uma purga. Eu vomitei traumas, crenças, medos. Primeiro, enfrentei a perda de controlo. Depois, senti na pele a maldade. Só depois de passar por isso é que pude chegar à parte expansiva, à sensação de unidade, de pertença a algo maior. Foi como se o véu tivesse caído, e eu tivesse visto a vida de uma forma clara, simples.

C: E como é que isso se reflete hoje na sua forma de estar no mundo?

K: Com mais aceitação. Eu não fujo tanto das emoções. Se estou triste, deixo-me sentir até ao fundo, porque sei que isso também passa. Se estou feliz, aproveito. Aprendi que nada é permanente, nem a dor, nem a alegria. E isso dá-me paz.

C: Vê um papel para estas experiências em contextos terapêuticos mais estruturados?

K: Sim, sem dúvida. Acredito que os psicadélicos, quando usados com respeito, podem ser ferramentas poderosas para quebrar padrões, desfazer bloqueios e trazer compaixão. Não são

uma “cura mágica”, mas podem abrir portas que, de outra forma, ficariam fechadas. E a partir daí, com acompanhamento, com terapia, é possível trabalhar e transformar.

C: E, para si, em poucas palavras, o que é que representou tudo isto?

K: Representou uma chave. Eu estava perdida, sem saber onde procurar, e de repente encontrei uma porta. Os psicadélicos foram essa chave que me mostrou o caminho. Não resolveram tudo, mas abriram-me o espaço para continuar a procurar com mais clareza e mais verdade.

C: Então, falando diretamente da experiência em si, sentiu que houve um desfazer do ego, uma sensação de conexão a algo maior, de união com os outros e consigo mesma?

K: Sim. Senti isso tudo, mas também senti mais amor-próprio e compaixão por mim mesma enquanto ser humano individual. E mais do que isso, senti propósito. Relativamente ao amor próprio senti gratidão pelo meu corpo, apesar de todas as questões que já tive relativamente ao meu corpo, hoje amo e nutro-o. Sinto que a nível pessoal e profissional também teve um grande impacto.

C: E esse propósito trouxe-lhe também novas “lentes” para a vida?

K: Trouxe. É como se as coisas se tornassem mais claras. Houve uma espécie de morte e renascimento, como no filme Lucy, aquela parte em que ela se desfaz e se propaga no todo. Foi exatamente isso que senti: eu era tudo, em todo o lado, ao mesmo tempo. E nesse estado só há paz. É neutro, puro.

C: E depois, no regresso, essa clareza manteve-se? Ou sentiu necessidade de repetir para reativar esse estado?

K: Fiz sete vezes porque foi como limpar uma casa. Levantas um tapete, há pó; puxas o sofá, há mais pó. Sentes que tens de limpar tudo. No início era mesmo isso, uma limpeza profunda. Mas mais para o fim, já não fui “limpar”, fui só observar, sentar no sofá e contemplar. Até cheguei a ter a sensação de ver o início e o fim dos tempos. E no fim a consciência perguntou-me: “Agora que sabes tudo, isto é relevante para a tua vida atual?” E eu percebi que não. Porque inteligência é saber tudo, sabedoria é aplicar só o que é necessário no momento certo.

C: Fascinante. E o que acontece depois dessas viagens?

K: Fica-se a digerir durante meses. Nos dois, três primeiros meses tens flashes, insights constantes. E mesmo passados anos, em conversas como esta, vêm memórias, como se uma prateleira fosse ativada. Acho que esta memória fica para sempre em nós. Por isso, não sinto grande necessidade de repetir. Trouxe comigo o que precisava.

C: Disse antes que sempre rejeitou álcool e drogas. Essas experiências mudaram a sua perspectiva?

K: Mudaram. Eu percebo agora que é preciso respeito pela intenção. Nem toda a gente está preparada, mas, em contexto certo, pode ser muito benéfico. Para mim, abriu uma nova visão, estas substâncias podem e devem ser integradas em contextos terapêuticos, com acompanhamento clínico por exemplo.

C: E houve momentos que a marcaram como “provas concretas” daquilo que experienciou?

K: Sim, dois em particular. O primeiro foi numa viagem em que, no regresso, a consciência mostrou-me uma cena, a minha mãe no consultório com o médico a dizer que não podia abortar mais, e depois em casa, a bater na barriga e a chorar. Quando acordei, contei isto à minha mãe. Ela chorou e confirmou cada detalhe, até a disposição da sala. Foi assim que descobri que, de facto, ela tinha feito sete abortos antes de mim. O segundo foi num retiro, quando chamei uma cuidadora durante a cerimônia. No dia seguinte ela veio ter comigo a chorar, a agradecer. Disse que eu, em transe, tinha usado exatamente as palavras carinhosas que o marido dela lhe dizia, algo que eu não tinha como saber. Para ela foi a resposta que esperava há anos.

C: Então, além da cura pessoal, também foi veículo de cura para os outros.

K: Sim. Foi transformador não só para mim, mas também para quem me rodeava. Isso reforçou ainda mais a sensação de que tudo está ligado.

C: Para terminarmos... depois de tudo o que partilhou, diria que estas experiências mudaram a forma como você olha para si mesma?

K: Mudaram muito. Trouxeram-me um amor-próprio que antes eu não tinha. Passei a olhar para o meu corpo com mais respeito e com mais ternura, como parte de mim e não como algo

separado. Trouxeram-me também uma paz interior, uma sensação de união com algo maior, quase divino, que me fez sentir parte de um todo. Hoje sinto-me mais inteira, mais em harmonia comigo mesma.

C: É muito bonito ouvir isso. Quero agradecer-lhe pela partilha tão honesta, sei que não é fácil revisitar algumas memórias e experiências. Acha que, pela forma como viveu tudo isto, a terapia com psicadélicos pode ser gratificante também para outras pessoas?

K: Sim, acredito que sim. Claro que não é para todos, exige preparação e acompanhamento, mas eu sinto que pode abrir caminhos muito importantes na vida das pessoas. Pode ajudar a encontrar respostas, a soltar pesos antigos e a olhar para si de forma mais amorosa. Para mim foi transformador e acredito que, num contexto terapêutico seguro, pode ser profundamente benéfico.

Anexo I. 3ª Entrevista - J

C: Antes de dar início à entrevista, gostaria de agradecer pela sua disponibilidade para participar neste projeto. Esta conversa poderá ser gravada (mediante o seu consentimento) com o único propósito de transcrição e análise no âmbito da presente investigação. Todas as informações recolhidas serão tratadas com absoluto sigilo, confidencialidade e anonimato. Esta entrevista tem como objetivo compreender, de forma aprofundada, a história pessoal da/o participante, com especial foco na relação com o corpo, com a alimentação, com a saúde mental e, por fim, com a experiência com substâncias psicadélicas em contexto terapêutico ou pessoal. Serão abordadas diferentes fases da vida e dimensões emocionais com o máximo de sensibilidade e respeito. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista a qualquer momento, bem como optar por não responder a determinadas questões, sem que tal implique qualquer tipo de prejuízo. Caso esteja de acordo, poderemos começar

J: Sim!

C: Boa! Vamos dar início à entrevista, para começar gostaria de perguntar qual a sua idade, género e ocupação atual.

J: OK, então eu tenho 25 anos, neste momento encontro-me entre trabalhos. A minha ocupação profissional é comissária de bordo, contudo desde Maio estou sem companhia aérea e quanto não abrirem novas candidaturas tenho estado a fazer pequenos trabalhos de hospedeira, em eventos, festivais etc.

C: Como é que descreveria o momento de vida em que se encontra agora em termos das suas relações interpessoais, vida social, percurso profissional, família etc...

J: Então, profissionalmente encontro-me um pouquinho em impasse, com incertezas sobre o que vai ser o futuro e se haverá futuro na minha profissão, porque é um pouco difícil em Portugal encontrar vaga na minha área, que é a aviação. Contudo mantenho-me positiva. Relativamente a amigos, melhorei muito esse aspecto, felizmente, porque cortei muitas pessoas do meu círculo e acho que fiz super bem em relação a isso, traziam-me muita ansiedade e conflitos, não eram pessoas corretas, não me traziam nada de bom, apenas mais dúvidas sobre quem eu sou. Então, este ano fiz uma “limpeza” e sinto-me muito, muito melhor, com menos ansiedade, menos problemas com amizades. Acho que as amizades que tenho há anos foram as que ficaram e são realmente boas.

A nível familiar estou estável, ao contrário de há alguns anos atrás. Desde que voltei a Portugal, em maio, tenho estado mais com a família e aproveitado esse tempo, porque senti que precisava consolidar um pouco mais as minhas relações interpessoais. Sempre foi complicado e trouxe alguns traumas passados, porém estou bem.

A nível amoroso... é complicado. Acho, aliás, tenho certeza, que me fez bem fazer um “detox” de sete meses, em que me concentrei muito em mim, perdi peso, foquei-me no desporto, na parte psicológica, no bem-estar emocional e físico. Neste momento conheci uma pessoa, estamos na fase inicial, vamos conhecendo-nos, nada é certo, como todas as relações no início. Mas vamos ver... acho que com calma e compreensão de ambos os lados talvez haja um bom caminho pela frente, depende apenas e somente dos dois.

C: E relativamente à situação de trabalho que estava a descrever, desde maio que não está a trabalhar na sua área, como se tem sentido em relação a isso?

J: Ansiosa. Um pouco de ansiedade e muito medo de não poder voltar à minha área, porque não quero sair de Portugal. Estive três anos e meio fora e não quero estar novamente sozinha

do outro lado do mundo, sem ninguém do meu círculo. Foi bom durante um tempo para começar, conheci muitas pessoas e sítios, mas lá fora senti-me muito sozinha. Quando preciso de apoio, um telefonema não me chega. Eu sou pessoa de ter contato pessoal, abraços, aquele conforto físico e emocional. Sozinha do outro lado do mundo não funciona bem para mim. Então, neste momento, tenho medo e receio de que em Portugal não surjam oportunidades. Porém sei que o medo não me leva a lugar nenhum e sempre fui muito corajosa, por isso vou continuar a tentar, a procurar, e se Deus quiser vai correr tudo bem.

C: Relativamente à ansiedade, é algo com que sempre conviveu ou foi uma experiência nova?

J: Desde muito pequena sinto muita ansiedade. Antes não sabia explicar nem nomear o que era, mas a ansiedade vem comigo desde que eu era pequenina. Meus pais separaram-se quando eu tinha um ano, e houve muita instabilidade dos dois lados, eu andava de um lado para o outro durante a “guerra” deles sobre com quem eu ficaria. Acabei por ficar com a minha mãe e via o meu pai muito de vez em quando. Então a sensação de abandono já vem desde cedo.

Minha mãe voltou a casar, entrou outra figura parental, a minha irmã mais nova nasceu, mas acabaram por separar-se quando eu tinha 12 anos. Isso trouxe várias mudanças de casa, várias mudanças de escola, instabilidade nas amizades porque nem tinha tempo de consolidá-las, e na estrutura familiar também. A ansiedade foi crescendo lado a lado com os distúrbios alimentares e com a distorção da imagem corporal, que eu sempre senti, via-me sempre maior do que realmente sou. Outro momento em que também sinto bastante ansiedade é quando há provas, exames ou testes e tenho de provar algo a alguém, odeio ser avaliada, fico com dor no peito, pensamentos obsessivos... mesmo quando sei que consigo, fico muito nervosa até entregar o resultado.

C: Voltando atrás no seio familiar... como sentiu o novo relacionamento da sua mãe, a entrada dessa nova figura parental?

J: Eu era muito nova, então no início não tinha grande noção. Comecei a chamá-lo de pai, na minha cabeça eu tinha dois pais. Isso até ajudou-me a crescer, ele deu-me princípios e estabilidade... Mas no final tudo se desmoronou, porque ele revelou-se diferente do que me ensinava a ser, ou seja, aquela figura parental segura, estável, dura, de autoridade deixou de ser tudo isso. Foi uma desilusão para mim e difícil de lidar com a separação, porque eu

convivia muito mais com ele do que com o meu próprio pai biológico. Quando ele ausentou-se, senti muito abandono. Ele nunca mais me procurou, nem para me dar os parabéns ou desejar um feliz natal ou ano novo. Isso foi doloroso.

Depois mudamos de cidade (de Sintra para Cascais), perdi amigos, casa, rotina. Isso trouxe instabilidade emocional. Na nova escola cheguei cheia de raiva, porque fui obrigada a sair do que conhecia, deixei para trás muita coisa. Apesar de ser uma escola excelente, eu não queria estar lá. A minha mãe também estava instável, tinha dois empregos, era pouco presente ou até mesmo muito ausente. Muitas vezes faltava comida na nossa casa, eu sentia-me um fardo. Sentia preocupação com a minha irmã mais nova, mas por alguma razão a minha mãe preocupava-se em protegê-la de tudo isto, não senti a mesma preocupação comigo. Apesar disto tudo não queria preocupar o meu pai, porque tinha medo que a minha mãe perdesse a minha guarda. Então guardei tudo para mim.

C: Como descreveria a sua relação individual com o seu pai e com a sua mãe naquela altura?

J: Sempre fui muito ligada ao meu pai, ele mimava-me muito, sempre foi o meu herói. Mas, por outro lado, às vezes sentia que o meu padrasto era mais meu “pai” do que ele, porque eu passava mais tempo com ele. Isso até gerava confusão emocional. Hoje em dia estou muito mais próxima do meu pai, ele apoia-me em tudo, desde faculdade até vida profissional.

Com a minha mãe... tive fases de muita raiva. Ela foi traída, mas mesmo assim senti que me deixou de lado para cuidar da minha irmã mais nova e viver relações atrás de relações novas. Eu acabei por ter que lidar com as emoções dela como se eu fosse a adulta e ela a criança, eu a mãe e ela a filha. Durante três anos, dos 15 aos 18, praticamente não nos falámos. Hoje já conseguimos nos entender melhor, expliquei-lhe as coisas que me magoaram e ela reconheceu.

C: Falou sobre a alimentação... como descreveria a sua relação com a comida?

J: Sempre fui muito seletiva e complicada para comer. Desde criança que não gosto de leite, cereais, iogurte, por exemplo. A minha mãe não prestava atenção a isso, às vezes não havia comida em casa. Priorizava a alimentação da minha irmã mais nova e eu acabava por não tomar o pequeno almoço porque não havia nada para mim, não almoçava até chegar a casa da minha avó, ou seja, na escola muitas vezes passava fome, até conhecer uma das minhas grandes e mais antigas amigas, até aos dias de hoje) que ajudou-me bastante, dividia a

comida dela comigo, muitas vezes dava-me o cartão da escola para comprar comida para mim e isto durou anos. Ao final do dia quando chegava a casa da minha avó, comia muito, grandes quantidades e descontroladamente.

Joguei voleibol durante muitos anos e achava que comia mais por ser desportista, mas na verdade a comida sempre foi um tema mais emocional do que outra coisa, eu comia para sentir conforto de algo que me faltava, preencher-me. Depois, na faculdade e na aviação, ganhei bastante peso por hábitos desregulados. A minha mãe tinha uma regra de não sair da mesa enquanto houvesse comida no prato, tudo isso ficou enraizado. Até hoje sinto culpa se deixo comida no prato, porque antigamente comia até passar mal, hoje em dia reconheço que posso sim comer até ficar satisfeita e não comer o resto. Isto evoluiu para compulsão alimentar. Hoje, como compro a minha própria comida e tenho mais consciência, já consigo parar quando estou satisfeita.

C: Quando pensa na sua infância, que memórias vêm à cabeça?

J: É um misto, por um lado até aos oito anos fui muito feliz, tinha duas famílias que me davam tudo, viajei bastante, era mimada, muito amada. Depois, com a separação da minha mãe e a instabilidade, veio tristeza, solidão, aprendi a esconder sentimentos. Por isso, sinto que existem dois sentimentos muito fortes e muito opostos um do outro, os dois polos entre a felicidade e a tristeza. Mostrava-me feliz para não preocupar ninguém, para não ser mais um fardo para ninguém, a minha mãe não tinha nem tempo nem espaço para mais um peso, e eu sempre tentei não o ser. Só quando comecei a aviação e tive de estar fora é que deixei de aguentar e guardar tudo, aprendi a expressar-me. Hoje consigo comunicar melhor quando não estou bem.

C: Sentia que era ouvida e acolhida em casa?

J: Pelo meu pai, sim. Nunca precisei de dizer que estava mal com algo, bastava estar perto de mim para perceber. Mal percebia que algo se passava perguntava-me logo o que tinha acontecido e mostrava-se presente para me ajudar no que fosse preciso. Em contraste tinha a minha mãe que não sentia nada disto, era completamente centrada em si, nos seus namoros, saídas à noite, e toda uma vida que eu não via a mãe das minhas amigas a ter. Nós ficávamos totalmente para segundo plano, eu e a minha irmã, apesar de eu sentir que a minha irmã ainda assim era prioridade. Eu não era.

C: Relativamente ao corpo, peso e alimentação, lembra-se de receber comentários?

J: Sempre. Desde pequena diziam que eu era bem constituída, que tinha pernas grossas, pernas fortes. Quando jogava voleibol tinha um corpo bonito, saudável. Mas ouvi muitos “fecha a boca”, “não comas tanto”, ao mesmo tempo que me incentivavam a comer a comida toda do prato, era muito contraditório. A minha avó e tias faziam comentários sem perceber o impacto que tinha em mim. É algo muito normalizado em Portugal, talvez por sermos um país conservador em comparação a muitos, a nossa população é envelhecida, e por isso as pessoas mais velhas não estão “atualizadas” sobre diversas coisas que já não são aceites na sociedade serem ditas. Como por exemplo, “estás gorda”, isto já não se diz, as pessoas estão mais sensíveis ao facto de isso poder ter um impacto extremamente negativo. Esses comentários que ouvi durante muito tempo tiveram impacto negativo, claro, houve restrição alimentar que depois descompensava para compulsão alimentar, dismorfia corporal constante, tentativa de mil e uma dietas para perder peso. Enfim, tive de aceitar a minha estrutura, e hoje em dia gosto da minha estrutura e tento trabalhar na minha saúde mental e física e estar saudável, esse é o meu maior objetivo.

C: Como era vivido o momento das refeições em casa?

J: Com a minha mãe, sempre à mesa, televisão ligada, pouca conversa, a minha mãe estava focada em tudo menos em conviver connosco e saber do que se passava na minha vida, estava mais focada nos namorados dela, por exemplo. Quando passou a haver comida em casa servia pratos grandes e eu tinha que comer tudo, não podia deixar nada no prato. Hoje em dia entende que fez-me mal essa regra e já serve menos.

Na casa do meu pai e dos meus avós era mais livre, comer era um momento de prazer, conversa e sem pressão, era mais descontraído.

C: Relativamente à comida, sente que a desorganização que sentia quando era mais nova no seu seio familiar pode estar relacionada com o descontrolo que sentia com a comida? A ansiedade que sentia, a compulsão alimentar, os jejuns etc

J: Acho que está tudo relacionado. O descontrolo e a instabilidade que havia na minha vida na altura traziam-me também um descontrolo emocional comigo mesma, eu refugiava-me muito

na comida e sempre fui assim, estou feliz e como, estou triste e como, estou aborrecida e como. Nunca fui aquela pessoa de “ah, estou com fome, vou comer”. Antes de ter fome eu já estava a comer. Eu nunca deixava a fome chegar porque tinha o trauma, desde miúda, de quando não havia comida e eu aguentava horas sem comer até chegar à casa da minha avó, onde tinha sempre uma compulsão alimentar. Portanto, assim que podia, comia, para não acontecer o medo de ficar sem comer.

C: Relativamente à sua infância e adolescência, como vivia a sua “imagem corporal” a dismorfia corporal que descreveu ter?

J.: Eu sempre me senti maior que os outros, aos 14, 15 anos somos todas muito pequeninas e hoje, quando olho fotografias, entendo que eu não era maior que ninguém, tinha uma estrutura diferente, mas daí a ser gorda, não. Isso tornou-se um pensamento pelos comentários exteriores que faziam sobre o meu físico. Não era igual às meninas mais pequenas e magrinhas, por uma questão de estrutura física, tinha as pernas mais grossas, eu associava isso a ter o resto do corpo grande e ser gorda. Houve comentários maldosos, sofri bullying, chamavam-me “leitão”, “leitãozinho”. Isso fazia-me sentir que eu era mesmo “a mais gordinha”, quando, hoje em dia, vejo as fotografias e reconheço que estava bem, não era gorda. Os miúdos têm muita maldade às vezes e não se apercebem, querem brincar, ser melhores que os outros, construção de ego, seja lá o que for. As meninas, lembro mais de comparações no balneário: “quem tem os seios maiores, o rabo maior...”, barrigas mais fininhas, coisa da idade, comparar corpos. Mas, sim, ouvi muitos comentários de que não gostava e que, olhando para trás, não fazem sentido, fizeram-me muito mal à cabeça e eu passei a olhar para mim e ver-me gorda.

C: Sente que havia influência de padrões de beleza, na televisão, redes sociais, a ideia de corpo perfeito um padrão irrealista?

J: Sim, 100%. Não havia espaço para ser “gordinha a mais”, ou simplesmente ter um corpo saudável. Porque chegava a esse ponto, uma adolescente que não tem estrutura para o tipo de magreza que era idealizado pelos media e percepcionado como “perfeito” lutava para o ter a todo o custo mesmo que isso significasse meter a sua saúde em risco. A moda das dietas malucas que começaram logo nos anos 2000 a magreza extrema como padrão, comportamentos alimentares limite etc. Uma pessoa não tinha espaço para ser saudável, se

ser saudável significava ter um peso superior a X. Hoje as coisas estão mais diferentes, o padrão mudou, hoje apesar de corpos magros muitas vezes irrealistas, existem os procedimentos estéticos, magras com peito grande e rabo grande, meio irrealista. Ou seja, há quem tenha a bênção de nascer assim, mas não é a maioria nem pouco mais ou menos. Contudo também surgiu o “body positivity” que veio como uma onda de conscientização, corpos reais e saudáveis, as pessoas abriram espaço para a normalização de todo o tipo de corpos, até no mundo da moda passamos a ver modelos plus size, modelos sem um braço, sem uma perna, com manchas na cara, com mais peito, com menos peito etc. Foi certamente importante, ainda há um grande caminho a percorrer e vejo regressões, como tudo, modas vêm e vão. E começo a notar que a magreza está novamente a voltar a ser moda.

C: Na altura, sentiu algum efeito dessa pressão?

J: Sim, bastante.

C: Consegue lembrar-se quando começou a perceber e refletir sobre a sua imagem corporal? Houve um momento marcante?

J: Desde que mudei de casa penso... Eu quando era miúda tinha muita confiança, sentia-me bem comigo mesma, nunca olhei para o corpo de forma negativa, até o fazerem por mim. Quando ocorreu o rompimento da minha mãe e do meu padrasto aos 12 anos de idade, fiquei bastante sensível e vulnerável, deixei que os comentários externos me afetassem. A partir daí comecei a olhar mais para mim e a restringir a alimentação, mesmo com fome, não comia, “assim vou perder peso”. Foi um pensamento de compensação e restrição alimentar.

C: Consegue falar um pouco mais sobre a dismorfia corporal que sentia?

J: Até aos dias de hoje eu nunca sei como realmente sou. Eu não consigo olhar ao espelho e perceber quão mal ou bem estou. Para mim, estou sempre “a mais” gorda. Só se ficasse muito, muito magra, não saudável, é que percebia, acho eu... ou então não. Até lá, acho-me gorda. Não percebo quando engordo, só noto pela roupa. Engordei mais ou menos 20 kg em pouco tempo. Só quando já não conseguia correr ou ter uma vida normal é que percebi, tinha chegado aos 86 kg. Agora, que emagreci, vejo a diferença, hoje estou muito mais saudável, vou ao ginásio, tenho alimentação equilibrada. Mas ainda assim não tenho a perceção real do

meu corpo. Uso a balança como aliada, pode não ser a relação mais saudável, mas às vezes sinto-me inchada (mestruação, cansaço) e penso que engordei e a balança mostra que não.

C: Lembra-se em que fase de vida estava quando engordou 20 kgs?

J: Eu estava numa fase de negação, estava numa relação há cinco anos, fui engordando. Sinto que muito foi compulsão alimentar. Não era que a relação fosse muito, muito má, porque na verdade vivíamos juntos, tínhamos um cão, de fora parecia haver alguma estabilidade, mas dentro da relação havia muita coisa que hoje com 25 anos não acho normal. Por exemplo, não tínhamos a maior vida social enquanto casal os dois, sinto que me isolei bastante das minhas amigas, afastei-me de toda a gente, o que é estranho porque apesar do meu ex namorado ser uma pessoa introvertida eu era o extremo oposto desde miúda. Deixei de ser... com ele. Afastei-me, isolei-me, a nossa relação era de melhores amigos a certo ponto, não havia romance, não havia afeto, nem mesmo a parte sexual que na idade que tinha era algo importante e exploratório. Houve comentários dentro da relação também, sobre o meu corpo, que eu não gostei e não me faziam sentir bem. No final do dia aquilo era a “casa” que eu não tinha em casa, a minha vida era uma confusão e ele apareceu e salvou-me, deu-me estabilidade na altura. O meu ex era muito magro, e eu entrava numa “competição” de quem comia mais, isto era comigo mesma, sem sentido. Depois que a relação acabou, veio a sensação de “estou livre, faço o que eu quiser” com meu corpo, com a comida. Comecei a trabalhar na aviação, ganhei bem e passei a comer tudo o que queria, em excesso, para tapar muita coisa que estava mal emocionalmente. Não tinha noção das quantidades, hoje olho para trás e eram absurdas, cheguei a ter vários episódios de compulsão que vomitava e o sentimento de culpa era intenso. Não era fome, era gula. Comecei a perder peso em Setembro de 2024 e hoje estou a pesar 68kgs. Ainda tenho algum trabalho pela frente não só fisicamente como psicologicamente, porque não deixo de ter as questões que disse, a dismorfia corporal e pontualmente tenho crises de compulsão quando estou mais nervosa ou afetada com alguma situação.

C: Relativamente à compulsão alimentar, teve acompanhamento, fez terapia?

J: Não, eu nunca tive diagnóstico em consultório, nunca fui a um psiquiatra nem fiz terapia com psicólogo para tratar das compulsões. Procurei compreender-me sozinha e li bastante sobre o tema, nunca tive a coragem de procurar ajuda. Além disso, não me senti muito

apoiada, o que me levou a tentar contornar a situação sozinha e procurar ajuda e apoio nas minhas amigas. Contudo batia tudo certo com os rituais que tinha, aquilo que fazia e sentia. Como disse, continuo a ter episódios de compulsão quando estou mais frágil, a dismorfia corporal continua a assombrar-me e acho que seria positivo para mim encontrar alguém que me consiga ajudar e que consiga oferecer ferramentas para melhorar estes sintomas e até mesmo compreender de onde isto vem.

C: Relativamente à espiritualidade/religião, como descreve a sua relação?

J: Fui criada no catolicismo, mas não me identifico 100%. Há coisas com que não concordo. Acredito que há algo maior, chamo “Deus” porque assim fui ensinada. A aviação fez-me viajar o mundo e conhecer muitas culturas diferentes e pessoas diferentes, essas experiências abriram-me o leque espiritual, senti energias diferentes em cada sítio que estive. Para mim, há algo maior. Atrevo-me a dizer que apesar de sentirmos energias diferentes sinto que tudo se resume ao mesmo, a base... a crença de que existe uma identidade maior que criou o mundo, algo perfeito que criou a imperfeição, que somos nós. Há muitos rituais semelhantes nas diferentes religiões, por isso digo que somos todos muito mais parecidos do que parecemos, e que a crença não é preto no branco.

C: A espiritualidade está presente e si e na sua vida?

J: Sim, exatamente. Rezo sempre (por hábito do catolicismo) e uso proteções energéticas por me fazerem sentir segura, que fui aprendendo e adaptando em todas as viagens que fiz e culturas diferentes que tive a oportunidade de ter contacto. Não tenho uma crença única rígida, simplesmente acredito que há algo maior, sem peso, sem grandes regras com punições, acredito na leveza de acreditar, na presença e proteção. Claro que há “regras” básicas que seguimos como amar o próximo, não desejar nem praticar o mal ao próximo etc. Não tenho o hábito de ir à igreja, como disse há coisas que não concordo e vivo bem com a forma como vivo a minha espiritualidade e crenças.

C: A espiritualidade impacta a sua forma de lidar com desafios e sofrimentos?

J: Sim, acho que o ser humano tem esta necessidade de acreditar exatamente porque é uma força para os momentos maus e para o incerto. Acho irônico a maioria só se lembrar exatamente nesses momentos maus e de incerteza, pânico e desespero, há mais pessoas a pedir do que a agradecer, acho isto hilário, acho isto ao lado da mensagem que é passada pela igreja por exemplo. Agradeço e peço sempre que sinto, sou pragmática ainda assim, ninguém fará por mim e as coisas não caem de mão beijada. Podemos manifestar e a energia tem muito poder, mas temos de estar alinhados e fazer algo para que as coisas realmente aconteçam. Eu construo o meu futuro e apenas eu tenho a capacidade para tal.

C: O que você sabia ou pensava sobre psicadélicos antes do primeiro contacto?

J: Muito sinceramente nunca quis provar. Sempre fui educada para nunca chegar perto, os testemunhos eram sempre muito assustadores. Acho que é das primeiras coisas que os nossos pais nos falam quando começamos a ter uma vida social “o perigo das drogas”... e depois há sempre o amigo do amigo dos nossos pais que morreu de overdose, ou o fulano que até hoje é um agarrado. As pessoas na nossa sociedade sempre pintaram a situação de tal forma feia que sempre foi um tema que metia medo. Cresci numa escola católica com fortes valores, tanto eu como os meus amigos tínhamos medo de chegar perto de pessoas que sabíamos que tinham contacto. Só o fumar era um tema... Mas pronto respondendo à pergunta... tinha medo, sempre tive e eu gosto de ter controlo sobre mim e o meu corpo, não ter esse controlo dá-me ansiedade desde nova. Faz sentido tendo em conta que fui obrigada a viver uma realidade onde tudo era descontrolado à minha volta. Acho que é meio ilusão porque apesar de querer muito controlar, o descontrolo está por todo o lado em mim (riu-se). Mas enfim... a ideia de perder o controlo assustava-me. Com a idade vamos sabendo de cada vez mais pessoas que experimentam em festas e em situações como festivais, vamos normalizando e retirando o peso, não deixa de ser algo que “agarra” as pessoas, e pode até causar problemas psicológicos. O irmão de uma grande amiga minha já tinha propensão hereditária a bipolaridade e foi a partir de uma toma que veio “ao de cima”. Esses casos metem medo claro. Com isto, acabei por experimentar.

C: Consegue dizer-me quando foi o primeiro contacto?

J: A primeira e única vez foi em novembro de 2024, em Londres, no fim de uma viagem que fiz onde estive em Bali e outros sítios. Um amigo meu disse que tinha “MD”, que hoje sei que é MDMA, ele chamou-lhe a “droga do amor”, hoje entendo o porquê... disse-me que era leve, que eu ia ficar feliz. Nisto tudo pensei, “estou com amigos, num sítio seguro, a acabar uma viagem que correu super bem... porque não?”. Mas não me avisaram que podia ser alucinogénico além de estimulante. Tomei e, passado algum tempo comecei a sentir, fui bombardeada com um calor que não sei explicar, estava com muita energia, e uma felicidade que não tinha medida, lembro-me de sentir coisas relativamente às pessoas à minha volta completamente desproporcionais, uma grande gratidão e amor pela vida. Lembro-me de ficar com a boca bastante tensa e com vontade de morder. Vimos o pôr-do-sol enquanto ouvíamos música e soube-me tão bem que ainda hoje fico arrepiada quando me lembro, não sei se foi hiperfoco nem sei o termo correto para o que senti, mas basicamente a olhar para as cores do céu e o sol a ir embora eu senti a presença divina, porque não conseguia compreender como era possível algo tão mágico existir sem mão divina. Depois deste pensamento veio o bem-estar comigo mesma que é algo que até hoje guardo no coração. Senti bastante paz, orgulho em mim, paixão por mim mesma e pelo meu corpo. Lembro-me de pensar e pensar e pensar... pensei muito, em diversas coisas, mas tudo com grande paz, reconhecia o mal de várias situações mas desculpava automaticamente. Isto porque pensei bastante na minha mãe, na viagem que tinha feito e no quão grata estava por estar viva e poder viajar e viver o mundo. A minha cabeça puxou imagens de uma forma um bocado descontrolada mas ainda assim eu estava muito feliz e em paz. Coisas que normalmente seriam gatilhos, foi um momento muito bonito para mim. Entretanto fomos a caminhar até ao Airbnb onde estávamos e a cidade estava lindíssima, continuávamos a ouvir música que foi outra coisa que achei fantástico, sentia a música como se fizesse parte de mim. Íamos todos felizes a caminhar até casa, quando chegámos continuamos a falar sobre o que cada um sentia, quase como um momento terapêutico, entre risos, música... estávamos muito alegres. Supostamente íamos jantar mas estava tudo sem fome, por isso ficámos no sofá a ver filmes e a falar.

C: Como se sentiu depois?

J: Senti-me bastante bem. Por um lado desmistifiquei toda esta situação com as drogas, coisas que nunca pensei. Por outro lado senti que apesar de já não estar com o efeito ainda o sentia em mim, sentia-me em paz, estranhamente bonita, não tinha pensamentos negativos sobre

mim ou sobre o meu corpo, estava em paz, não sei explicar podia ser aleatório do dia, mas nesse em específico estava bastante bem.

C: Essa experiência trouxe mudanças para a sua vida pessoal, social, familiar ou profissional?

J: Sinto que a nível pessoal trouxe, porque senti o efeito da experiência presente em mim por vários dias. A nível social acho que não honestamente. Familiar houve temas que surgiram na minha cabeça que naquele dia acabei por falar com os meus amigos sobre a minha mãe que me fizeram encontrar uma certa paz e desculpar certas coisas.

C: Se pudesse descrever a experiência em poucas palavras, como descreveria?

J: Liberdade, Êxtase, Felicidade, Introspecção e Clareza

C: Considera que psicadélicos podem ter papel terapêutico?

J: Acho mesmo que sim. Lá está... nunca pensei dizer isto até esta experiência. Mas sinto que tudo aquilo que senti e vi podia ter sido falado com um psicólogo, não só para entender melhor como para me guiar. Porque a verdade é que posso ter sentido aquilo tudo em relação a mim e às questões familiares, mas a vida volta ao normal e esses pensamentos desaparecem, não sei explicar melhor do que isto. Mas retomamos a rotina e pronto as coisas voltam ao mesmo.

C: Recomendaria psicadélicos em contexto terapêutico?

J: Claro que sim, não tenho dúvidas que seria muito gratificante. Depois da minha experiência acredito que sim.

C: Quais seriam para si os riscos e benefícios, na sua opinião?

J: Benefício principal, o amor-próprio, autoestima, acho que passamos a ver a nossa imagem como é suposto ser vista por nós, com amor e compaixão. A pessoa sai da “prisão” mental e da negação e entra num estado de positividade, sente-se amada pelo mundo, e ainda que

momentaneamente dá-se uma sensação de liberdade e felicidade muito grande. Outra coisa que acho que seria um benefício é a facilidade com que a informação vem à nossa mente, e a tranquilidade e simplicidade como chegamos a certas conclusões, a facilidade com que falamos sobre o tema sem medos. Acho que seria bom em terapia esse diálogo aberto, fácil e sem medos. Claro que as doses devem ser controladas porque acredito que os riscos sejam o vício talvez, a pessoa depender da droga para conseguir chegar lá... mas acredito que nenhum profissional deixaria chegar a esse ponto ainda por cima porque haveria com certeza bastante investigação, digo eu. Aliás a sua tese é sobre isto por isso acredito que haja já bastantes estudos sobre esta nova abordagem.

C: Gostaria de acrescentar alguma coisa que não foi dito e considera importante ser abordado?

J: Acho que falei sobre tudo... não deixei nada por dizer. Acho um tema muito interessante e importante!

C: Muito obrigada pela sua participação nesta entrevista e pela sua disponibilidade e honestidade .

Anexo J. 4ª Entrevista - V

C: Antes de dar início à entrevista, gostaria de agradecer pela sua disponibilidade para participar neste projeto. Esta conversa poderá ser gravada (mediante o seu consentimento) com o único propósito de transcrição e análise no âmbito da presente investigação. Todas as informações recolhidas serão tratadas com absoluto sigilo, confidencialidade e anonimato. Esta entrevista tem como objetivo compreender, de forma aprofundada, a história pessoal da/o participante, com especial foco na relação com o corpo, com a alimentação, com a saúde mental e, por fim, com a experiência com substâncias psicadélicas em contexto terapêutico ou pessoal. Serão abordadas diferentes fases da vida e dimensões emocionais com o máximo de sensibilidade e respeito. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista a qualquer momento, bem como optar por não responder a determinadas questões, sem que tal implique qualquer tipo de prejuízo. Caso esteja de acordo, poderemos começar

V: Sim, claro.

C: Para começar, gostaria que partilhasse um pouco sobre si, a sua idade, como se identifica em termos de género, a sua ocupação, se trabalha ou não... uma pequena introdução.

V: Então, o meu nome é V tenho 48 anos feitos este ano já, atualmente não tenho assim uma atividade profissional mas estou um bocadinho ligada a coisas humanitárias. Há uns anos, criei com o meu companheiro uma organização que se chama “Everyone belongs here”, realizámos eventos na área musical e o dinheiro angariado foi revertido para instituições ligadas à fome. Durante a pandemia, por exemplo, organizámos um festival online que conseguiu reunir fundos significativos. Esse apoio foi dirigido não apenas a instituições de combate à fome, mas também a profissionais da indústria musical que ficaram sem trabalho, já que não podiam atuar nem reunir público. Também organizámos eventos relacionados com inclusão social, como o “Many Faces”, em parceria com o Futebol Clube do Porto, que tinha como foco questões raciais. No entanto, nos últimos anos afastei-me dessas atividades. Estava muito cansada, a todos os níveis, psicológico, emocional e físico. Precisei de parar. Neste momento, grande parte da minha vida tem estado voltada para cuidar dos meus pais. O meu pai sofre de Alzheimer e a minha mãe, apesar de sempre ter sido muito trabalhadora, nunca tratou das questões burocráticas. Essa responsabilidade recaiu sobre mim, e é desgastante. Ser filha, de repente, transforma-se em ser adulta e assumir todas as responsabilidades.

C: Poderia falar um pouco mais sobre este cansaço que sentiu na altura?

V: Sim, foi quase um burnout. Esse esgotamento resultou do contacto direto com pessoas, dos conflitos de interesse e ao mesmo tempo de questões pessoais. Durante muitos anos estive ligada ao design e às artes plásticas, tendo realizado exposições com algum sucesso. Mas foi como comissária de arte que tive maior reconhecimento, e é algo que adoro fazer. Contudo, esse trabalho tornou-se extremamente doloroso, especialmente no contexto da minha separação. O meu ex-companheiro chegou a difamar-me no meio artístico, dizendo que todo o trabalho era dele, enviando e-mails para galerias e instituições. Para me proteger, afastei-me por completo. Não quis entrar em confronto nem expor-me. Escolhi simplesmente sair desse ambiente. Acabei por seguir por outros caminhos, como a indústria do entretenimento ligada à música. Tive bastante sucesso, especialmente em Inglaterra. Mais tarde, dediquei-me às causas humanitárias, também com bons resultados. Mas aí surgiram

novas dificuldades: o aparecimento de pessoas e instituições que apenas queriam usar o meu nome e a minha credibilidade para benefício próprio, sem realmente quererem trabalhar para as causas. Isso foi extremamente desgastante e acabou por contribuir para o meu afastamento.

C: Esse afastamento foi, então, uma forma de proteger-se?

V: Sim. Na segunda fase da minha vida profissional, dediquei-me às causas humanitárias e alcancei bastante sucesso, contando com o respeito de grandes instituições. Mas, infelizmente, também vivi experiências negativas. Houve situações em que trabalhei arduamente em projetos que pareciam sólidos, mas acabei por perceber que certas pessoas apenas queriam usar o meu nome ou currículo para obter financiamento, sem intenção real de concretizar nada. Foi muito doloroso, sobretudo porque me empenhava intensamente e, de repente, via que estava a ser explorada. O mundo das causas humanitárias é delicado, especialmente quando envolve crianças. Há mesmo máfias. Em contextos de guerra, como na Ucrânia, um dos maiores problemas é o tráfico de menores. E para ter referências fiáveis sobre pessoas e instituições, é necessário gastar muito dinheiro. Esse desgaste, aliado ao que já vivia em termos pessoais, levou-me a afastar-me. Hoje sinto que preciso de espaço, de descanso.

C: Falou há pouco dos seus pais. Como tem sido gerir essa responsabilidade?

V: Tem sido muito difícil. O meu pai está com Alzheimer e depende totalmente de nós. A minha mãe, apesar de sempre ter sido muito trabalhadora, nunca lidou com a parte burocrática. Coube-me a mim assumir tudo, hospitais, papéis, responsabilidades. É uma carga emocional enorme, que me tira espaço para cuidar de mim. Além disso, a relação com a minha irmã é complicada. Ela é mais velha, tem uma personalidade difícil e isso agrava a pressão. Muitas vezes sinto que carrego tudo sozinha.

C: Acha que esse desgaste familiar e profissional influenciou o seu estado psicológico?

V: Sem dúvida. Sempre fui hiperativa, com a mente em constante análise. Antes mesmo do burnout, já me sentia exausta. Esse cansaço levou-me, no passado, a episódios de auto agressão e bulimia. Consegui parar, felizmente, mas fiquei sempre com tendência para a culpa, para me responsabilizar excessivamente, a achar que podia ter feito melhor. Apesar de ter conseguido superar a bulimia e o auto ferimento, a ansiedade permanece. Tenho dificuldade em dormir, durmo pouco e acordo muito cedo. Vivo numa quinta em Castelo

Branco, o que me dá algum isolamento e paz, mas às vezes também me sinto só. Mas prefiro fugir destas realidades destrutivas e estar sozinha.

C: Quando fala em “fugir” e “isolamento” sente que isto acontece desde nova? por exemplo no contexto familiar?

V: Sim. O meu pai era uma pessoa complicada. Teve experiências traumáticas muito cedo, chegou a segurar o corpo do irmão que tinha acabado de morrer, coisas muito duras. Apesar disso, era também um homem trabalhador e deu tudo pelos filhos, garantindo-nos uma vida melhor do que a que ele tivera. A minha irmã mais velha tornou-se toxicodependente e viveu situações muito destrutivas. Era daquelas histórias duras dos anos 80, que afetaram muito a família. Já a minha relação com a minha mãe foi sempre diferente, ela era mais carinhosa, atenciosa, embora estivesse também sobrecarregada. Mas a presença do meu pai era sempre marcada por imprevisibilidade, gritava, partia coisas, criava tensão nas refeições. Lembro-me de, em criança, sair da mesa com o prato na mão e ir comer sozinha, para evitar os conflitos. Lá está... fugia das situações...

C: Como recorda a sua infância, nesse contexto?

V: Desde pequena, percebi que podia chamar a atenção da minha mãe através da alimentação. Recordo-me de não comer de propósito para ser notada. Isso marcou-me profundamente. Acho que foi uma das raízes da minha relação complicada com a comida. Nas consultas que tive de psicanálise, explicaram-me uma teoria que diz que quando a criança rejeita a comida, está simbolicamente a rejeitar a mãe ou o pai. É um pedido de atenção: “preciso que cuidem de mim”. Eu consigo reconhecer isso em mim. Além disso, a minha saúde visual também influenciou a infância. Até aos 10 anos ninguém percebeu que eu tinha miopia e astigmatismo muito fortes. Chegaram até a suspeitar de autismo ou atraso mental, mas não era nada disso, eu simplesmente não via. Essa experiência obrigou-me a desenvolver mecanismos para “adivinhar” o que ia acontecer, criando estratégias de sobrevivência psicológica.

C: E essa falta de visão clara não a fazia sentir desprotegida, ansiosa?

V: Por um lado, sim, mas por outro, não. O que mais me pesava era a relação com a minha irmã. Muitas vezes, quando o meu pai dizia para não abrir a porta de casa, eu ficava acordada para garantir que ela entrava. Não conseguia conceber deixá-la de fora, mesmo que ela

tivesse ultrapassado limites. Cresci, portanto, entre regras rígidas e a necessidade de proteger os outros. Nunca fui rebelde. Pelo contrário, tentava sempre fazer o que era “certo”, mesmo que isso significasse calar-me.

C: Falou-me há pouco da alimentação como forma de chamar atenção. Acha que esse padrão pode ter raízes ainda mais profundas, ligadas ao vínculo com a sua mãe?

V: Sim. Quando nasci, a minha mãe amamentava-me, mas o leite dela era muito fraco, quase como água. Ela não percebia e, apesar de ser extremamente carinhosa e atenta, eu não estava a ser nutrida o suficiente. Mais tarde experimentaram leites artificiais, mas nenhum resultou, até que encontraram o Vigor, que finalmente funcionou. Apesar disso, fiquei com uma marca, associei o carinho e o colo da minha mãe a uma sensação de fome. Até hoje, sinto prazer em estar com fome. Não gosto de me sentir cheia, isso causa-me desconforto. É como se a fome tivesse ficado associada ao afeto e ao cuidado materno. Essa experiência inicial pode ter moldado a minha forma de viver a alimentação, criando memórias emocionais ligadas à comida. Nas consultas de psicanálise falávamos muito disso, como certos alimentos, ou a rejeição deles, podem simbolizar rejeição ou busca de vínculo com os pais.

C: Isso ajudou-a a compreender melhor a sua relação com a anorexia e a bulimia?

V: Sim. Através da psicanálise percebi que havia uma ligação, embora não tenha ido totalmente a fundo. Mas sei que existe uma relação entre esse início da vida e as minhas dificuldades alimentares. Também percebi que a minha forma de ver o mundo foi afetada pela miopia não diagnosticada até tarde. A visão míope é como um microscópio, conseguimos ver de muito perto, mas não o todo. Isso, aliado a um ambiente familiar perturbador, obrigou-me a desenvolver uma forma de estar sempre em alerta, sempre a tentar adivinhar o que ia acontecer. Essa constante análise mental trouxe-me cansaço, mas também uma tendência para me culpar e responsabilizar em excesso.

C: Em criança, sentia-se desprotegida ou ansiosa perante essas falhas dos adultos?

V: Não sei bem. Por um lado, talvez sim. Por outro, talvez não. Criava sempre mecanismos para lidar com a situação. Por exemplo, quando o meu pai dizia para não abrir a porta à minha irmã, eu ficava acordada até ele próprio a abrir. Não concebia deixá-la de fora, mesmo sabendo que estava a infringir regras. Cresci a acreditar que os adultos eram seres superiores, quase perfeitos. Só mais tarde percebi que também falham, que também erram, e que até

chega o momento em que temos de cuidar deles. Em criança não temos essa noção, vivemos na ilusão de que eles são imortais. Com o tempo, essa ilusão transformou-se em desilusão. Eu continuava a dar oportunidades, mas as falhas repetiam-se. Isso gera frustração, e em algumas pessoas gera ansiedade. No meu caso, criou uma tendência para não esquecer as falhas e desconfiar. A minha irmã fazia as escolhas erradas, e eu crescia a tentar fazer tudo certo. Essa dualidade esteve sempre presente, enquanto ela se auto destruía, eu tentava ser a que correspondia às expectativas, mas no fundo era auto destrutiva também, só não pesava nos outros. No fundo, acho que é uma das razões pelas quais ela não gosta de mim, porque, de certa forma, eu representava o oposto dela, o contraste das suas falhas.

C: Se pensar na sua infância, que memórias e sentimentos lhe vêm à mente?

V: Tristeza, sobretudo ligada ao meu pai e às nossas dificuldades. Talvez porque ele agora está no fim da vida, com Alzheimer, 85 anos. Tenho memórias boas do Algarve, quando eu era pequena, íamos apanhar conquilhas. O meu pai fazia um risco na areia com o pé e eu, pequenina, ia cantando enquanto apanhávamos. Sinto que tive uma excelente relação com ambos os pais. A minha mãe tem um dom, faz com que os outros se sintam bem. Mas quando penso a fundo, vejo que tenho menos memórias “dos três juntos” do que esperaria. Muitas lembranças estão atravessadas pela toxicodependência da minha irmã mais velha, os meus pais chegaram a colocá-la a viver fora de casa para tentar protegê-la e a nós.

C: Isso deixou marcas em si?

V: Sim. Falo muito das minhas alergias porque sempre senti o corpo a reagir como se certos alimentos fossem veneno. Mais tarde, quando a minha irmã fez a última desintoxicação e esteve fora do país para cortar com o meio, percebi como certas “rupturas” ajudam a não retomar padrões.

C: Como descreve, em geral, a sua infância?

V: Dura. Tenho amigas que dizem “que bom que foi ser criança”, eu não. Passei a infância a tentar não me perder, a observar tudo por dentro, a trabalhar o que sentia. Recordo, por exemplo, um episódio na primária, tinha vergonha de certas coisas, dos estojos da moda, de “não ser igual”. Sempre fui muito envergonhada, apesar de por fora nem sempre parecer. Como era muito míope e só puseram óculos tarde, falhava respostas porque literalmente não

via. Era amiga das melhores alunas, eu tinha cabeça, mas faltava o ver. Mesmo com lentes de contacto, nunca é igual, só em adulta, com lentes intraoculares, passei a ver “a sério”.

C: A miopia influenciou a forma como se movia no mundo?

V: Muito. Na praia eu memorizava o sítio dos meus pais antes de entrar na água, ao voltar, tudo mudava, e eu sentia vergonha de me aproximar do grupo errado. Isso marcou a minha relação com a vergonha e o controlo.

C: Falou das alergias...

V: Sim! Em adolescente, houve um dia em que um amigo da minha irmã entrou no meu quarto e se enfiou na minha cama. Expulsei-o, ao mesmo tempo, uma parte de mim sentiu prazer e isso confundiu-me. Horas depois, tive uma reação alérgica violenta, um choque, daqueles em que o corpo incha e a pele arde. O médico disse que as minhas alergias podiam ter raízes na história, a minha mãe fez tratamentos longos de alergia antes de eu nascer, mas, para mim, também há uma dimensão emocional, prazer misturado com culpa/confusão. Esta alergia foi com o chocolate, umas panquecas que a minha irmã estava a fazer na manhã em que este episódio com o amigo dela se deu... Acho que a vergonha e a culpa fizeram-me acreditar que a minha irmã me queria envenenar e depois tive a reação alérgica. Depois disso, as alergias foram escalando, primeiro carnes (porco, vaca, frango), depois peixes, por fim o leite. A lactose é um risco real para mim. A perda de controlo é um tema para mim também... Quando era muito pequena, encontrei uma pedra lisa num rio e levei-a à minha mãe, o reconhecimento dela foi importante. Anos depois, fui procurar a pedra onde eu achava que a tinha guardado, e não estava lá. Fiquei presa a isso, voltava sempre ao armário, numa espécie de ritual. Em psicanálise percebi que aquela pedra condensava perdas e o tema “ganhar e não reter”: eu tenho sucesso e, em vez de ficar, vou-me embora, fujo das situações. Quando fiz a terapia com a cetamina este tema veio à consciência e consegui com ajuda com terapeuta resolver na minha cabeça esta obsessão com a pedra. Um dia decidi ir ao rio procurar outra pedra. Encontrei. Foi um gesto de ressignificação. Talvez por isso eu tenha aprendido a “apoderar-me da pedra”, consequentemente mas inconscinetemente fiz joalharia, talhei pedra, criei uma coleção de fósseis. É uma forma de transformar falta em criação.

C: E profissionalmente, como isso se traduz hoje? Com o sucesso, a fuga etc...

V: Hoje sou trader de criptomoedas. Trabalho sozinha, dependo de mim e do que observo. Já perdi, já recuperei. Gosto do controlo que isso me dá e de não depender de equipas, não tenho de depender nem falar com ninguém, as experiências antigas com pessoas narcisistas desgastaram-me. Como sabe vivo numa quinta, isolada, dá-me paz.

C: Ainda sente respostas físicas de ansiedade em situações de conflito?

V: Sim. Em temas legais ou familiares, por exemplo, lidar com inquilinos, ou conflitos envolvendo o meu sobrinho, fico sem ar, o corpo reage logo. Para me proteger, imponho limites e afasto-me. Por isso, sim a fuga ainda está presente e a necessidade de controlo com tudo, corpo, alimentação etc.

C: Compreendo, gostaria de voltar um bocadinho atrás e perguntar, quanto ao corpo e à autoimagem, houve críticas ou comparações na infância/adolescência?

V: Por fora, as pessoas diziam que eu era bonita, mas eu não me via, a miopia contribuiu. Mais tarde, com óculos e aparelho, lidei com comentários típicos da idade. Hoje, por ser muito magra, às vezes sinto estranheza social, sobretudo em contextos onde a maioria tem outro tipo de corpo, ou porque foram mães ou pela idade simplesmente. Evito expor-me porque não quero conflitos nem causar desconforto a outras mulheres. Ouço muitas vezes de amigas: “tu és bonita, mas não usas isso como arma”. É verdade, não uso. Houve uma altura na minha vida onde não gostava do que via ao espelho, uma altura que engordei, tinha começado a tomar a pílula, tinha cerca de 16-18 anos, senti uma perda de controlo gigante, mas automaticamente agi quanto a isso, comecei a induzir o vômito e foi aí que comecei a ter bulimia induzida, só depois tive não-induzida. Comia bastante e depois vomitava tudo para não engordar, tinha medo de engordar mais. Isto tudo enquanto tomava a pílula, quando parei o meu corpo voltou ao normal, tinha 50kg, mas continuei a forçar o vômito e a não querer engordar. Entretanto parou quando comecei a ter consultas de psicanálise. Quando já fazia alergia ao chocolate, que é algo que ainda hoje adoraria poder comer, eu comia imenso, imenso, imenso e depois vomitava tudo e tomava os comprimidos para não ter reação alérgica. Até isso deixar de funcionar e ter reação na mesma.

C: Após parar de tomar a pílula, quando diz que o seu corpo voltou ao normal, reconheceu isso quando olhava ao espelho ou continuava a ver-se maior?

V: Via-me maior apesar de saber que já não estava, o espelho mostrava-me diferente. Por isso continuava a vomitar para ganhar controlo.

C: Relativamente às consultas de psicanálise, de que forma sentiu que ajudou?

V: A psicanálise levou-me a compreender que tudo se resumia à incapacidade de reter alimento, como já falámos, na recompensa, no ser merecedora de... além da necessidade de controlo também e de querer sentir-me vazia. A terapia foi essencial para esta mudança, desde a primeira consulta senti diferenças. Só o facto de compreender de onde aquela situação vinha. Ter essas respostas ajudou logo.

C: Disse-me que teve uma fase onde já não era induzido, podia falar um pouco sobre essa fase?

V: Sim, então... após tratar da bulimia induzida, anos mais tarde, já a namorar com o meu ex companheiro, comecei a ter episódios de bulimia nervosa. Literalmente o meu sistema nervoso completamente alterado. O meu ex companheiro era uma pessoa muito ciumenta e que reivindicava a minha própria liberdade, que é algo que me faz muita confusão. As discussões eram violentas, lembravam-me o meu pai quando fazia exatamente o mesmo com a minha mãe que acabou por também ter uma alergia alimentar seguida de um momento de ciúmes do meu pai. Mas basicamente, criava discussões por ciúmes e eu de tão nervosa e de não poder fugir e controlar a situação, tinha de ir a correr para a casa de banho e vomitar tudo. Isto também já aconteceu entretanto com o meu companheiro atual. Uma discussão também por ciúmes e liberdade que foi gatilho para mim e tive de ir vomitar tudo o que tinha no estômago.

C: Compreendo. Reconhece um padrão relacional e até mesmo uma identificação com a sua mãe...?

V: Sim, sem dúvida. Eu dizia que os homens eram todos iguais, mas sinto apenas que os companheiros que escolhi, o ex e o atual têm bastantes semelhanças e eu por sua vez acabo por me identificar com a minha mãe. No meu ex escolhi alguém com traços que me lembravam o meu pai, lógicas e familiares. Houve violência emocional. Consegui sair, e tenho muito orgulho disso. Hoje tenho um companheiro que viaja muito, mantenho alguma distância das dinâmicas familiares dele para me proteger. Lá está gosto do controlo, gosto do meu espaço pessoal, gosto de ter a liberdade de o ver quando sinto saudades ou necessidade.

Cada um tem a sua vida e as suas dinâmicas familiares. Sinto que da mesma forma que escolhi viver o amor dos meus pais à distância para ter paz também faço isso com o meu companheiro. Sou feliz assim. Contudo, como disse já aconteceram discussões de ciúmes que me fazem gostar ainda mais desta distância.

C: Falou-me que a sua mãe também teve episódio de alergias alimentares

V: Sim, algo que os médicos não conseguem explicar, mas ao contrário de mim passou. O meu pai como disse era um homem extremamente ciumento, e fazia crises de ciúmes com a minha mãe onde havia um controlo pela sua liberdade. A minha mãe dava-se bem com o peixeiro a quem nós comprávamos sempre o peixe, uma relação perfeitamente normal. Na cabeça do meu pai era tudo menos isso. O senhor inclusive quando tinha peixe fresco que sabia que nós lá em casa gostaríamos avisava a minha mãe por simpatia, era esse o tipo de relação nada mais que isto. O meu pai achava que havia algo mais, então um dia a minha mãe foi à peixaria porque o senhor ligou a informar que havia peixe fresco então ela foi lá e comprou um peixe espada ao senhor, isto causou uma grande discussão lá em casa. O meu pai fez uma crise de ciúmes e a minha mãe ficou muito nervosa, muito enervada durante a após o jantar. Pouco tempo depois de acabarem a refeição, todos comeram o peixe lá em casa, os quatro, eu ainda não era nascida esqueci-me de informar... a minha mãe que sempre comeu peixe e nunca teve nenhum tipo de alergia teve um ataque alérgico grave e foi parar ao hospital. Os médicos não perceberam de onde aquilo vinha contudo deram medicação e a minha mãe, grávida de mim, esteve a tomar medicamentos para tratar do problema. Hoje em dia come peixe, solucionou-se rápido, já não faz alergia. Eu por sua vez, tenho isto, surgiu de um ataque de nervos tal como a minha mãe, mas não há medicação que trate.

C: Como descreveria a sua relação com a Religião e Espiritualidade ?

V: Os meus pais são católicos desde sempre, eu não sou “de igreja”, mas sou religiosa no sentido amplo, sou espiritual. Desde pequena tenho experiências que chamo de espirituais, sonhos, percepções em casas e pessoas. Fizem-me exames médicos, tudo normal. Não confundo com fantasia, são memórias vivas. Distingo três tipos de sonhos (posso detalhar depois). A visão deficiente de infância levou-me a apurar outras percepções, isso também molda o meu mundo interno.

C: Pode explicar melhor como os distingue?

V: Para mim há três tipos de sonhos. Os altamente simbólicos, ótimos para trabalhar em psicanálise. Às vezes estou consciente dentro do sonho e penso, “tenho de me lembrar disto para falar em sessão”. Os sonhos em que estou mesmo em lugares reais do mundo não é só metáfora, sinto que estive lá. Os sonhos de futuro, vejo acontecimentos que depois se concretizam.

C: Teve algum episódio marcante desse “sonho de futuro”. Antes de um assalto à casa do meu vizinho, que por acaso foi quem me apresentou as criptomoedas em 2015, sonhei que passava de carro e via um caminhão branco e quatro homens encapuzados com ar paramilitar. No sonho, pensei “se eu passar e eles não olharem para mim, fico a salvo”. Passaram-se semanas e aconteceu mesmo, invadiram a casa, amarraram-nos, roubaram os bitcoins, ameaçaram-nos. Depois tudo foi para tribunal. Para mim, isto reforça a dimensão espiritual da minha vida.

C: E com psicadélicos, que experiências teve e com que propósito?

V: Nunca usei de forma “recreativa” no sentido banal. Uso para auto-observação, o que o corpo e a mente me estão a dizer. Com cogumelos, a experiência foi muito introspectiva, cheia de compaixão, percebi que tinha de acabar uma relação tóxica. Com outras substâncias (por ex., DMT), surgem por vezes insights de matemática, física, química, eu gosto dessa dimensão de compreensão. Em contexto de grupo, como com ayahuasca, contive-me porque os outros estavam mal e fiquei a observar e “ler” o que cada um estava a viver, no dia seguinte, bateu certo com os relatos. Mas não senti que tenha dito uma viagem como as pessoas descrevem ter com ayahuasca.

C: E a cetamina em contexto clínico, como foi?

V: A primeira sessão foi negra, parecia haver um bloqueio. A partir daí, o “muro” começou a cair e surgiram conteúdos muito internos, nada vindos de fora. Não é como a sensação mais fluida do DMT, com cetamina é uma viagem interior mesmo, num sítio “cá dentro” que eu desconhecia. Tentei trazer à consciência durante a sessão para não esquecer, cheguei a falar ainda com a fala “presa”. Uma imagem central foi a da pedra, a tal memória de infância, ver o

bloqueio, ver o tema de ganhar e não reter e depois com a ajuda do terapeuta consegui resolver.

C: Como lida com o tema do controlo nessas experiências?

V: Tenho uma relação forte com o controlo. Substâncias que “tomam o tempo” deixam-me desconfortável. Na cetamina, apesar de me esforçar por “controlar”, percebi que não controlava, e aí está, foi terapêutico ver isso sem entrar em pânico, o facto de ter um terapeuta a guiar torna toda a experiência mais fácil e fluida... segura. Também evito viciar, se uma experiência foi morna, não vou repetir logo “à procura do especial”. Dou tempo ao organismo para apagar a memória, sou consciente do risco das drogas, muito pela experiência de ser irmã de uma pessoa adicta.

C: Houve alguma ligação entre as experiências e eventos concretos da sua vida?

V: Sim. Tive uma experiência intensa de dor numa sessão, tão específica que eu disse, “se isto me acontecer na vida, vou reconhecer”. Anos depois, caí e parti um dedo exatamente como “visto” na experiência. Para mim, há cruzamentos entre passado/futuro e o que emerge nestes estados.

C: E clinicamente, o que destacaria de terapias possíveis?

V: A cetamina, pela forma como desbloqueia e mantém algum âncora no aqui-e-agora, tem sido muito útil para mim. Cada substância “abre” portas diferentes, não substituem o trabalho relacional e analítico, mas podem acelerar a consciência de padrões.

C: Em poucas palavras: o que representou para si a experiência psicadélica com cetamina com o Prof. Nuno Torres?

V: Abertura de uma porta. Eu andava à procura sem saber onde procurar. A cetamina deu-me a chave e um lugar seguro para trabalhar o que precisava e além disso o setting clínico fez toda a diferença. Senti “é aqui e agora que posso trabalhar isto” de forma segura e transparente.

C: Quantas consultas/sessões fez e como foi a estrutura temporal?

V: Fiz 4 sessões de cetamina. Em torno de cada sessão, tive consultas preparatórias, ± 2 antes e de integração ± 2 depois. As administrações eram ao sábado, ao domingo havia sessão de psicoterapia para integração.

C: Que conteúdos centrais emergiram durante o processo?

V: O tema da “pedra” como já falei anteriormente estava ligado a ganhar e não reter e a minha dificuldade com o tema de ter sucesso e sair antes de consolidar. Senti que a cetamina mostrou raízes materiais (trabalho, dinheiro, segurança) mais do que, nesta fase, a relação direta com a comida. A Cetamina ajudou-me mais a compreender que sou merecedora de receber e que não tenho de andar em constante fuga, ajudou na obsessão com a situação da pedra e a encontrar outro significado, fui buscar outra pedra por exemplo, e também abordamos muito a minha família e traumas que acabam por estar diretamente relacionados às minhas questões com a alimentação, as alergias, contudo será necessário mais trabalho no futuro... voltar lá. Sinto que terei de continuar o trabalho.

C: A experiência ajudou a ligar alergias/alimentação ao padrão “não poder receber” (ganhar e deitar fora)?

V: Sim, a bulimia parece refletir bem isso, eu comia e vomitava a comida. O sentimento de gostar de estar vazia e isso trazer-me paz, também está ligado a não receber e estar vazia por dentro. Tudo está ligado... mas é tão profundo que é necessário dar continuidade lá está. Obtive muitas respostas e muita coisa tornou-se consciente e justificável, agora é essencial voltar e continuar a trabalhar nestes temas. A parte alimentar, as alergias, risco de morte com a lactose, desejo de voltar a comer chocolate com segurança, não ficou totalmente fechada, contudo sinto que só o facto de se tornar consciente já foi extremamente gratificante, se continuar o trabalho poderei resolver as questões que fazem o meu corpo reagir assim. A cetamina mostrou-me que existe uma relação entre a comida e vínculo, o seio materno, nutrição e a segurança inicial.

C: Emergiram memórias que liguem a alimentação à família?

V: Sim, à mesa, o meu pai podia explodir a qualquer momento, gritos ou partir coisas. Eram uma bomba relógio nunca sabemos o que aí vinha, hoje, acho engraçado eu ter muita dificuldade de comer sentada, estou sempre em pé, como a andar pela casa e sempre e distrair-me com coisas, o estar à mesa sentada não é algo que eu goste particularmente. Estes

momentos do meu pai quebravam a refeição e marcou a relação com comida... hoje em dia, eu ando pela casa a comer, vejo algo e quebro a refeição, pouso o prato e vou fazer outra coisa e esqueço-me de comer. Uma coisa interessante é que o peixe ficou mais associado ao meu pai, e a carne à minha mãe, e admito existirem associações simbólicas aí. E eu sou alérgica a ambos... rejeito, o meu corpo rejeita.

C: A nível da sua experiência interna, o que sentiu com a cetamina?

V: Primeiramente senti um bloqueio, como se tudo ficasse escuro, como se estivesse “presa” dentro de mim mesma. Depois, senti que esse bloqueio simplesmente caiu, como se um muro dentro de mim se tivesse desfeito, e começaram a surgir sentimentos e pensamentos muito profundos, vindos do meu interior. Foi como se um mergulho dentro de mim mesmo, mas com consciência para compreender e integrar o que surgia. Em resumo foi muito terapêutico, ajudou-me emocionalmente e sem perder a noção de realidade, com muita clareza, não existe perda de controlo no processo.

C: O que sentiu que ainda não mudou ?

V: Primeiramente o risco alérgico, que se mantém, a parte alimentar também deverá ser mais trabalhada no futuro. Sinto que neste primeiro processo terapêutico com cetamina surgiram e foram abordados temas que são muito importantes. Tenho muitas camadas a serem exploradas. Sinto que seria muito importante retomar, aliás, é algo que eu quero bastante.. A cetamina definitivamente foi muito gratificante.

C: Recomendaria este tipo de terapia?

V: Sem dúvida, acredito que não seja para qualquer tipo de pessoa, mas para quem está disposto a mergulhar nas profundezas do próprio ser, acho fantástico. Sem dúvida alguma. Acredito que com o tempo e com os estudos as pessoas se informem sobre os benefícios da terapia com cetamina.

C: Muito, muito obrigada pela sua participação!

Anexo K. Consentimento Informado K

Consentimento Informado

Título da Dissertação: O Potencial Terapêutico dos Psicadélicos na Reconfiguração Cognitiva da Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares

Investigadora: Catarina Marques Diniz Santos

Instituição: ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Ano Letivo: 2024/2025

A presente investigação tem como objetivo explorar o potencial terapêutico das substâncias psicadélicas na reconfiguração cognitiva de pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares, com base em entrevistas semiestruturadas de carácter qualitativo. A entrevista consistirá numa conversa guiada, onde serão abordados temas como a infância e relações familiares, relações com os pares e autoimagem, espiritualidade e religião, expectativas e conhecimentos prévios sobre psicadélicos, experiência com psicadélicos e o impacto pós-experiência. A duração prevista é de aproximadamente uma hora e meia cada.


Toda a informação recolhida será tratada com absoluta confidencialidade e anonimato. A entrevista será gravada, com o único propósito de transcrição e análise, sendo posteriormente eliminada. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos, no âmbito da dissertação de mestrado da investigadora acima identificada. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Declaro que fui devidamente informado/a sobre os objetivos da investigação, a natureza da minha participação e os meus direitos enquanto participante.

Nome do/a participante: Catarina Vitorino

Assinatura do/a participante: 

Data: 20/06/2025

Assinatura da investigadora: 

Anexo L. Consentimento Informado V

Consentimento Informado

Título da Dissertação: O Potencial Terapêutico dos Psicadélicos na Reconfiguração Cognitiva da Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares

Investigadora: Catarina Marques Diniz Santos

Instituição: ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Ano Letivo: 2024/2025

A presente investigação tem como objetivo explorar o potencial terapêutico das substâncias psicadélicas na reconfiguração cognitiva de pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares, com base em entrevistas semiestruturadas de carácter qualitativo. A entrevista consistirá numa conversa guiada, onde serão abordados temas como a infância e relações familiares, relações com os pares e autoimagem, espiritualidade e religião, expectativas e conhecimentos prévios sobre psicadélicos, experiência com psicadélicos e o impacto pós-experiência. A duração prevista é de aproximadamente uma hora e meia cada.

Toda a informação recolhida será tratada com absoluta confidencialidade e anonimato. A entrevista será gravada, com o único propósito de transcrição e análise, sendo posteriormente eliminada. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos, no âmbito da dissertação de mestrado da investigadora acima identificada. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Declaro que fui devidamente informado/a sobre os objetivos da investigação, a natureza da minha participação e os meus direitos enquanto participante.

Nome do/a participante: _____

Assinatura do/a participante: _____

Data: 1/06/2025

Assinatura da investigadora: _____

Anexo M. Consentimento Informado J

Consentimento Informado

Título da Dissertação: O Potencial Terapêutico dos Psicadélicos na Reconfiguração Cognitiva da Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares

Investigadora: Catarina Marques Diniz Santos

Instituição: ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Ano Letivo: 2024/2025

A presente investigação tem como objetivo explorar o potencial terapêutico das substâncias psicadélicas na reconfiguração cognitiva de pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares, com base em entrevistas semiestruturadas de carácter qualitativo. A entrevista consistirá numa conversa guiada, onde serão abordados temas como a infância e relações familiares, relações com os pares e autoimagem, espiritualidade e religião, expectativas e conhecimentos prévios sobre psicadélicos, experiência com psicadélicos e o impacto pós-experiência. A duração prevista é de aproximadamente uma hora e meia cada.

Toda a informação recolhida será tratada com absoluta confidencialidade e anonimato. A entrevista será gravada, com o único propósito de transcrição e análise, sendo posteriormente eliminada. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos, no âmbito da dissertação de mestrado da investigadora acima identificada. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Declaro que fui devidamente informado/a sobre os objetivos da investigação, a natureza da minha participação e os meus direitos enquanto participante.

Nome do/a participante: _____

Assinatura do/a participante: _____

Data: 26/06/2025

Assinatura da investigadora: _____



Anexo N. Consentimento Informado I

Consentimento Informado

Título da Dissertação: O Potencial Terapêutico dos Psicadélicos na Reconfiguração Cognitiva da Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares

Investigadora: Catarina Marques Diniz Santos

Instituição: ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Ano Letivo: 2024/2025

A presente investigação tem como objetivo explorar o potencial terapêutico das substâncias psicadélicas na reconfiguração cognitiva de pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa e Perturbações Alimentares, com base em entrevistas semiestruturadas de carácter qualitativo. A entrevista consistirá numa conversa guiada, onde serão abordados temas como a infância e relações familiares, relações com os pares e autoimagem, espiritualidade e religião, expectativas e conhecimentos prévios sobre psicadélicos, experiência com psicadélicos e o impacto pós-experiência. A duração prevista é de aproximadamente uma hora e meia cada.

Toda a informação recolhida será tratada com absoluta confidencialidade e anonimato. A entrevista será gravada, com o único propósito de transcrição e análise, sendo posteriormente eliminada. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos, no âmbito da dissertação de mestrado da investigadora acima identificada. A participação é totalmente voluntária, sendo possível interromper a entrevista ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Declaro que fui devidamente informado/a sobre os objetivos da investigação, a natureza da minha participação e os meus direitos enquanto participante.

Nome do/a participante: _____

Assinatura do/a participante: _____

Data: 14/06/2026

Assinatura da investigadora: 