

DM.  
GARC/T.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

**PERTURBAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL  
NA ANOREXIA NERVOSA**

**Estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica**

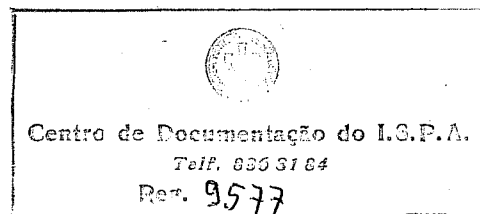
por

Teresa Stapleton Garcia

*DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA*

*Orientador: Professor Doutor Emílio Salgueiro*

Lisboa, 1996



*O estudo aqui apresentado foi subsidiado pelo Programa Ciência da Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica através do contrato de Bolsa de Mestrado BM/1546/91-ID.*

Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
BIBLIOTECA

# PERTURBAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA ANOREXIA NERVOSA

*"Já com uma magreza arripante, não é raro que a anoréxica mental continui, como se fosse macrópsica, a julgar-se muito volumosa, reboluda, enxundiosa..."*

(Elysio de Moura, 1947).

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Emílio Salgueiro pela sua orientação nos diferentes momentos de elaboração do trabalho.

Ao Professor Daniel Sampaio pelo seu apoio incondicional no Hospital de Santa Maria e pelo gentil acedimento de bibliografia.

Aos elementos do Núcleo e da Consulta de Doenças do Comportamento Alimentar pela sua ajuda e esclarecimentos: Professor Galvão-Teles, Dr<sup>a</sup> Isabel do Carmo, Dr<sup>a</sup> Dulce Bouça, Dr. Pedro Varandas, Dr. António Neves, Dr<sup>a</sup> Dione Padre-Santo e Dr<sup>a</sup> Maria João Brito.

À Dr<sup>a</sup> Glória Ramalho e ao Dr. Jorge Gomes pela escolha dos métodos estatísticos e pela realização do tratamento estatístico.

À Dra. Olívia Ribeiro pelas sugestões propositadas .

À Dra. Teresa Soares e Dra. Mariana Vilhena pela colaboração e facilidades concedidas na Cidade Universitária.

À Teresa Silva Garcia pela revisão cuidada do texto.

A todos aqueles que se prestaram a colaborar neste estudo.

## ABSTRACT

Methodological difficulties in the techniques used for body size assessment and the contradictory results obtained, led to an exploratory study of a distorting photographic technique to evaluate body image disturbance on 13 female anorexic subjects and 14 matched controls. The research work on the affective component of body image and on body shape were important in understanding body size overestimation.

## RESUMO

Foi realizado um estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica para avaliação da perturbação da imagem corporal em 13 anoréticas restritivas e 14 raparigas da população normal.

As fotografias dos sujeitos foram previamente distorcidas horizontalmente, de 15% mais estreito até 15% mais largo que o tamanho real. Foram apresentadas em folhas separadas duas sequências de 5 fotografias (frente e lado), que incluíam a imagem real. Os dois grupos avaliaram diversos aspectos que salientámos da imagem corporal, referidos no questionário em anexo, recorrendo à escolha de fotografias. Foram comparados os resultados obtidos pelo grupo experimental nas diferentes fases da doença com o grupo de controlo.

Observámos diferenças significativas entre os dois grupos, tanto na separação das componentes afectiva e perceptual da imagem corporal, como na avaliação de partes específicas do corpo. Destacamos a importância das formas do corpo para as anoréticas e a sobrestima constante e marcada no modo de sentir o corpo nestas pacientes, enquanto que os sujeitos normais nunca sobrestimam o tamanho do corpo. Verificámos também diferenças qualitativas importantes entre as duas populações.

Os resultados inconsistentes encontrados nos trabalhos revistos sobre a perturbação da imagem corporal poderão estar relacionados com problemas metodológicos presentes nas técnicas neles utilizadas para avaliação do tamanho do corpo.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I - ANOREXIA NERVOSA</b>	<b>16</b>
1.1 QUADRO CLÍNICO DA ANOREXIA NERVOSA	19
1.1.1 Características Psicopatológicas	21
1.1.2 Perturbações Associadas	24
1.1.3 Factores de Manutenção	26
1.2 FACTORES SOCIOCULTURAIS	29
1.2.1 Prevalência	30
1.2.2 Educação e Sucesso	31
1.2.3 O Ideal Estético	32
1.3 DIAGNÓSTICO	35
1.3.1 Critérios de Diagnóstico	36
1.3.2 Subtipos de Anorexia Nervosa	39
1.3.3 Outras Perturbações Alimentares	41
1.3.3.1 Bulimia nervosa	41
1.3.3.2 Perturbações alimentares não especificadas	43
1.4 ETIOLOGIA: TEORIAS EXPLICATIVAS	44
1.4.1 Perspectivas Individuais	44
1.4.1.1 Aspectos biológicos	44
1.4.1.2 Aspectos psicobiológicos	45
1.4.1.3 Aspectos psicodinâmicos	47
1.4.2 Perspectivas Familiares	54
1.4.2.1 Estudos experimentais	54
1.4.2.2 Aspectos psicodinâmicos	56
1.4.2.3 Teorias sistémicas	58
1.4.3 Perspectiva Sociológica	62
1.5 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO	63
1.5.1 Modelos Terapêuticos	63
1.5.1.1 Terapia comportamental	64
1.5.1.2 Terapias complementares	65
1.5.1.3 Terapia familiar	66
1.5.1.4 Psicoterapia	68
1.5.2 Prognóstico	69
1.5.2.1 Resultados do tratamento	70
1.5.2.2 Mortalidade	71

**CAPITULO II - PERTURBAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL** **72**

---

2.1 IMAGEM CORPORAL	73
2.1.1 Relação Mãe-bébé	73
2.1.1.1 O olhar	78
2.1.2 Conceitos	81
2.1.2.1 Definição	84
2.2 PERTURBAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	86
2.2.1 Estudos com Sujeitos Normais	86
2.2.2 Estudos com Sujeitos Anoréticos	88
2.2.2.1 Componentes da imagem corporal	92
2.3 MEIOS DE INVESTIGAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	93
2.3.1 Testes Projectivos	93
2.3.1.1 Desenho da figura humana	93
2.3.1.2 Rorschach	94
2.3.2 Testes Objectivos	96
2.3.2.1 Avaliação de partes específicas do corpo	96
2.3.2.2 Avaliação do corpo na sua globalidade.	98
2.3.3 Método das Silhuetas	101
2.3.4 Questionários	102
2.3.5 Entrevistas	104

**CAPITULO III - METODOLOGIA** **106**

---

3.1 CONSTITUIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	107
3.2 INSTRUMENTOS	113
3.2.1 Método de Avaliação da Perturbação da Imagem Corporal	113
3.2.1.1 Construção da técnica de distorção fotográfica	113
3.2.1.2 Construção do questionário	118
3.2.2 Inventário de Perturbações Alimentares	123
3.2.2.1 Fidedignidade e validade	126
3.2.3 Escala 'Body Cathexis'	128
3.2.3.1 Fidedignidade e validade	129
3.3 PROCEDIMENTO	131
3.4 DIFICULDADES METODOLÓGICAS	133
3.4.1 Selecção dos Sujeitos	134
3.4.2 Tamanho da Amostra	135
3.4.3 Recolha de Dados	137

**CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS** **140**

---

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA	141
4.2 RESULTADOS	143
4.2.1 Componentes da Imagem Corporal	143
4.2.1.1 Definição	143
4.2.1.2 Avaliação	145
4.2.2 Perturbação do Peso e da Forma	149
4.2.2.1 Corpo ideal	150
4.2.2.2 Identificação de partes específicas do corpo	151
4.2.2.3 Ideal modificado	153
4.2.3 Atitudes Corporais	155
4.2.4 Satisfação Corporal	157

**CAPÍTULO V - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES** **159**

---

5.1 DISCUSSÃO	161
5.1.1 Componentes da Imagem Corporal	161
5.1.1.1 Componente perceptual	162
5.1.1.2 Componente afectiva	164
5.1.2 Perturbação do Peso e da Forma	165
5.1.2.1 Modificação de partes do corpo	166
5.1.2.2 Satisfação corporal	167
5.1.2.3 Corpo ideal	168
5.1.2.4 Corpo ideal modificado	170
5.2 CONCLUSÕES	171
5.3 PISTAS PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS	173

**BIBLIOGRAFIA** **175**

---

**ANEXOS** **206**

---

# INTRODUÇÃO

A oportunidade que tivemos de trabalhar na área das perturbações alimentares, aliada à motivação de continuar o estudo da imagem corporal, conduziu ao estudo de uma perturbação considerada fundamental na anorexia nervosa: a perturbação da imagem corporal.

O presente trabalho surge na sequência de uma investigação anterior (Garcia, T., 1989) sobre a imagem corporal em bailarinos. A dança implica um investimento corporal privilegiado, e o interesse pelo estudo centrado no corpo, numa população sem sintomatologia clínica, levou à realização do projecto. Nesta actividade em que a valorização da magreza é marcada, verificámos que as bailarinas pertenciam a uma população com uma elevada incidência da anorexia nervosa. Posteriormente o interesse por esta patologia levou a este estudo.

Na anorexia nervosa está patente a luta pela magreza: ‘fome autoinfligida’ ou ‘implacável perseguição à magreza’ (Bruch, 1970), ‘medo de engordar’ (Russell, 1970), ‘desejo deliberado de emagrecer’ (Selvini-Palazzoli, 1974) ou ‘fobia do peso’ (Crisp, 1977). Esta característica coexiste com uma perturbação da imagem corporal, ou seja, o sujeito vê-se gordo mesmo quando está muito magro.

A incidência da anorexia nervosa tem aumentado de tal modo na sociedade ocidental que os mass media se têm debruçado sobre este fenómeno. Para o El País (1993), “*a anorexia (...) é a segunda doença moderna em maior expansão no mundo ocidental, depois da sida*”. A idade em que esta doença surge tem baixado, verificando-se um

aumento da anorexia nervosa em crianças (Lask & Bryant-Waugh, 1993).

Uma das dificuldades mais críticas encontradas no tratamento da anorexia nervosa relaciona-se com a recuperação e manutenção do peso normal motivada pela perturbação da imagem corporal. Deste modo Bruch (1973) considera a correcção de tal perturbação como requisito para a recuperação das pacientes.

A percepção distorcida do tamanho do corpo é associada à gravidade da doença, contribuindo para um mau prognóstico (Slade & Russell, 1973; Button et al, 1977; Crisp, Kalucy, Lacey & Harding, 1977; Halmi et al, 1977; Slade, 1977; Cash & Brown, 1987; Casper et al, 1979).

Segundo alguns autores, diferenciar os vários tipos de perturbação da imagem corporal poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias de tratamento eficazes (Garner & Garfinkel, 1982; Warah, 1989; Williamson, 1990).

Esta é uma área de estudo em que a especificidade da perturbação da imagem corporal na patogénese e perpetuação da anorexia nervosa, são questões que ainda não foram respondidas, pois os resultados dos trabalhos realizados nesta área são contraditórios.

Assim a perturbação da imagem corporal tem assumido uma importância crescente, dando origem a numerosos trabalhos de investigação sobre o tema. Podemos referenciar 68 trabalhos

publicados entre 1989 e 1993 sobre anorexia nervosa, sendo 40 exclusivamente sobre esta perturbação na anorexia nervosa. Existem pelo menos 4 revistas especializadas em perturbações alimentares: *International Journal of Eating Disorders*, *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, *Eating Disorders Review* e *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*.

Neste trabalho realizou-se o estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica para avaliação da perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa<sup>1</sup>.

No **capítulo I** abordou-se a anorexia nervosa numa perspectiva global.

Na descrição do quadro clínico, esclarece-se desde logo que esta doença não é uma perturbação alimentar no sentido restrito do termo, chamando a atenção para esta designação incorrecta.

Fizemos a revisão dos antecedentes psicológicos e identificámos o tipo de personalidade dominante, analisámos os factores desencadeantes. Esta fase permitiu-nos compreender o mundo que estas pacientes criam para si próprias. De facto a sua magreza é tida como uma ilusão dos outros e a fome e a fadiga não existem. Adivinham-se as graves consequências físicas, em que a mortalidade é significativa.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho os sujeitos serão referidos como sendo de sexo feminino, pois a anorexia nervosa afecta essencialmente raparigas.

Para se saber quais os sujeitos afectados por esta síndrome, apresentamos os critérios necessários para o seu diagnóstico, entre os quais se destaca uma visão distorcida do seu corpo, critério que nos propomos estudar ao longo deste trabalho e a que daremos especial atenção no capítulo II.

Distinguimos os dois subtipos de anorexia nervosa: bulímico e restritivo. Neste trabalho estudámos as anoréticas restritivas que se caracterizam pela perda de peso exclusivamente devida à restrição alimentar. Referimos também as formas subclínicas (situações que não preenchem todos os critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa), que têm vindo a assumir uma importância crescente na sociedade moderna ocidental.

Para compreendermos melhor a origem desta doença, vamos ver com quem e onde vivem estas raparigas: observa-se o (dis)funcionamento destas famílias e da sociedade actual, onde a magreza simboliza o sucesso e a felicidade.

Sintetizamos os factores evocados para compreender esta síndrome, através das teorias explicativas oferecidas pelos que se dedicaram ao estudo da anorexia nervosa, nas suas diferentes perspectivas.

Finalmente avaliamos como podem ser ajudadas estas pacientes: são descritos os tratamentos utilizados e as dificuldades que surgem na recuperação da doença.

No **capítulo II** procedemos à análise das teorias avançadas pelos diversos autores que deram a sua contribuição para a compreensão do conceito de imagem corporal, dando ênfase à unidade somato-psíquica, que se encontra reflectida na definição de Bruchon-Schweitzer (1987), adiantada para este trabalho:

*“Conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e que são integradas numa percepção global”.*

Seguidamente passamos em revista os estudos realizados sobre a perturbação da imagem corporal, que têm essencialmente focado a avaliação do tamanho do corpo e a sua sobrestima. Destas investigações destacamos os resultados inconsistentes encontrados nas populações anorética e normal.

Finalmente discutimos os métodos utilizados na avaliação da imagem corporal: testes projectivos, questionários, silhuetas, técnicas de entrevista e testes objectivos. Estes últimos são os mais utilizados na avaliação da sobrestima do tamanho do corpo e deparamo-nos mais uma vez com resultados incoerentes e até contraditórios nas técnicas utilizadas, não sendo claro o que está a ser avaliado.

Debruçámo-nos neste trabalho sobre as dificuldades existentes nas técnicas utilizadas para a avaliação do tamanho do corpo, tentando compreender o significado da sobrestima do tamanho do corpo nas populações anorética e normal. Para tal colocámos questões que nos parecem pertinentes na área da perturbação da imagem corporal:

- Como avaliar e diferenciar as componentes da imagem corporal?
- Existirá uma perturbação relacionada com partes específicas do corpo (perturbação da forma) e outra com o corpo todo (perturbação do peso)?

Nos capítulos seguintes tratamos a vertente prática do trabalho.

No **capítulo III** caracterizamos a amostra e referimos os instrumentos e métodos utilizámos na sua avaliação. Descrevemos a técnica de distorção fotográfica adaptada para esta investigação e a construção do questionário que a acompanha para avaliação da perturbação da imagem corporal. Tentámos assim responder às questões colocadas neste estudo, ultrapassando as dificuldades metodológicas encontradas noutros trabalhos. Complementarmente, aplicámos o Inventário de Perturbações Alimentares (EDI-2) para avaliação dos comportamentos anoréticos e características psicológicas e a escala 'Body Cathexis', indicadora da satisfação corporal.

O **capítulo IV** trata da análise dos resultados obtidos e dos métodos estatísticos utilizados: estatística descritiva, teste t de student e o coeficiente de correlação de Pearson.

No **capítulo V** discutimos os resultados e apresentamos as conclusões do trabalho.

**CAPÍTULO I**  
**ANOREXIA NERVOSA**

A anorexia nervosa revela-se dramaticamente na aparência, assim descrita por Allbutt, em 1910:

*“Uma jovem mulher assim afectada, o vestido mal ‘pendurado’ no corpo, (...) o cabelo qual de um cadáver, seco e sem brilho, o rosto e membros macilentos e frios; os olhos encovados eram a única nota de vida presente.”*

A anorexia nervosa é uma síndrome caracterizada pela ‘perseguição implacável’ (Bruch, 1970) de um corpo magro, com a convicção associada de que o corpo ou uma parte específica do corpo é gorda. Esta característica foi denominada perturbação da imagem corporal e devido a ela o sujeito realiza esforços intensos para reduzir o peso à custa de outras áreas da sua vida.

Na anorexia, ao contrário do que a palavra indica, a consciência da fome é mantida e existe uma grande preocupação com a comida.

Embora as consequências físicas e psicológicas da desnutrição dominem o quadro clínico manifesto, a doença básica não é uma perturbação alimentar. Subjacentes, encontram-se dificuldades ao nível da autonomia, autopercepção e autoestima.

Vários factores têm sido evocados para explicar esta doença: problemas biológicos (disfunção hipotalâmica), antecedentes psicológicos (déficits no sentido do self, que reenviam para a relação precoce mãe-criança), características familiares (expectativas de

performance, adaptabilidade, estilo de comunicação e expressão de sentimentos) e mudanças socioculturais (status da mulher, tipo físico).

Afectando geralmente o sexo feminino, a explicação mais vulgar aponta para a valorização cultural da magreza como factor determinante, embora um ideal estético não justifique por si a complexidade psicológica desta perturbação.

Estes factores têm em comum o facto do indivíduo iniciar uma dieta para enfatizar o seu valor e autodisciplina. No entanto, ao perder o controlo da dieta, a doença autoperpetua-se com a elaboração secundária dos sintomas.

O corpo torna-se uma área isolada de controlo e uma pseudosolução para todos os problemas destas raparigas.

## **1.1 QUADRO CLÍNICO DA ANOREXIA NERVOSA**

Nesta secção abordaremos os aspectos e manifestações mais relevantes desta doença.

Na anorexia nervosa, o impulso para a magreza é egossintónico, algo que não deverá ser mudado. Para Bruch (1970) é a 'fome autoinfligida' ou a 'implacável perseguição à magreza', enquanto que para Russell (1970) se define como 'medo de engordar'; posteriormente tida por Selvini-Palazzoli (1974) como 'desejo deliberado de emagrecer' ou designada por Crisp (1977) como 'fobia do peso'.

Esquemáticamente, podemos considerar que a anorexia nervosa se centra em três negações: a negação da magreza, a negação da fome e a negação da fadiga.

1. **A negação da magreza** - Característica importante, resulta da ausência de reconhecimento das mudanças operadas no corpo, ou seja, a perturbação da imagem corporal.
2. **A negação da fome** - As pacientes sentem fome, mas negam-na, pelo terror de ceder ao impulso para comer. Como consequência, e inevitavelmente, evidenciam uma preocupação intensa com a comida. As pacientes restritivas assumem a resistência à fome como exercício de autodisciplina. Contudo a anorética bulímica, integrada num

subgrupo distinto, alterna não comer com episódios de voracidade alimentar compulsiva (Garfinkel, Moldofsky & Garner, 1980). Só numa fase avançada do processo de privação deliberada de alimentos surge a perda de apetite (Theander, 1970; Garfinkel, 1974; Ceaser, 1979).

3. **A negação da fadiga** - Esta funda-se no reconhecimento deficiente dos estados internos. Facilita o exercício excessivo, que se torna ritualizado, destinado a queimar calorias e a perder mais peso. Finalmente, como na resistência à fome, o exercício físico torna-se também um exercício de autodisciplina.

Constatámos que, na anorexia nervosa, o controlo sobre o corpo é uma preocupação prioritária relativamente à forma esguia. Tal como evidenciado por Butow et al. (1993), mesmo quando a forma esguia é um facto e o peso perigosamente baixo, este deverá ser mantido assim, pois funcionará então como uma 'margem de segurança' contra a perda de controlo.

As **manifestações físicas** deste processo psicológico incluem a amenorreia, necessária para o diagnóstico de anorexia nervosa. Não se sabe se a disfunção é emocional ou se é devida a outras disfunções autónomas hipotalâmicas, pois em 7 a 24% das pacientes a amenorreia precede a perda de peso (Fries, 1977).

Em estadios avançados da doença surgem consequências físicas graves, que consistem em emagrecimento extremo, secura da pele,

perda de cabelo e lanugo. A Anoréctica apresenta igualmente cianose das extremidades, bradicardia, hipotensão, hipotermia e várias alterações metabólicas.

### 1.1.1 Características Psicopatológicas

Há traços e características de personalidade que são frequentemente descritos e que permitem falar de uma **personalidade pré-mórbida**: introversão, relações sociais superficiais, comportamento exemplar, perfeccionismo, traços obsessivos marcados e dependência. São estas características que promovem o desenvolvimento de um falso self, correspondente às expectativas da mãe. Observa-se também imaturidade emocional, tendência para a autocrítica, rendimento escolar superior à média associado ao medo de insucesso.

Ao longo do crescimento destas jovens, existe pouco ou nenhum incentivo para serem independentes, ficam demasiado ligadas aos pais. Como consequência, surge uma deficiência na autonomia e dificuldade em tomar decisões. Antes da doença verifica-se nunca se terem oposto, mesmo no período clássico de resistência, pois a expressão dos sentimentos não é encorajada. Estas características levam a que a jovem não se sinta preparada para alargar o convívio para além da família e criar relações com os seus pares, cujo comportamento em mudança não aprovam, pois é incompreensível para elas.

A anorexia nervosa surge na puberdade, fase da vida em que devem ser enfrentadas novas experiências e satisfeitas expectativas susceptíveis de ameaçar o autocontrolo e a autoestima.

Salgueiro (1991), refere que o episódio anorético pode ser precipitado pela tomada de consciência da maturação física dirigida à forma adulta, que ameaça o estado de dependência infantil, considerado essencial. Nesta perspectiva, o episódio anorético pode ser entendido como uma recusa em crescer.

Adicionalmente, observa-se a existência de acontecimentos ligados ao início da doença, tais como a morte ou doença de um familiar próximo, mudança de escola, conflito entre os pais, etc.

Raparigas até então bem comportadas e gratificantes para os pais, tornam-se, desde o início da doença, negativistas, irascíveis, desconfiadas e com humor instável. Esta hostilidade não é uma expressão de força ou independência, mas uma defesa contra não terem uma personalidade sua, de se sentirem ineficazes.

Gradualmente, com a instalação da doença, a anorética limita a sua actividade ao estudo, exercício e dieta. Esta disciplina severa sobre o seu corpo representa, segundo Bruch (1982), um esforço desesperado para afastar o pânico de se sentirem sem poder, uma tentativa de desenvolver o sentimento de self e eficácia interpessoal.

Para Bruch (1973), estas pacientes continuam a funcionar com o tipo de **pensamento** e moral da infância, **concreto e egocêntrico**. Não

existe uma evolução no desenvolvimento conceptual, pois a fase das operações formais, associada à capacidade de realizar um novo pensamento e avaliação abstracta, típica da adolescência, é deficiente ou mesmo inexistente. Isto poderá explicar a tendência para percepcionarem situações como extremas e correlacionarem acontecimentos como causais.

Este pensamento concreto é ilustrado pela experiência 'o que a balança marca'. Nesta experiência a alteração do zero da balança para um valor negativo, conducente a uma pesagem mais baixa, induzia as pacientes a ganhar peso por não terem atingido o peso estabelecido no tratamento (Russell, Campbell & Slade, 1975).

Noutra abordagem, Garner e Bemis (1982), Butow, Beumont e Touyz (1993), classificam este tipo de pensamento como 'a preto e branco'. É um tipo de pensamento radicalizado, em que a paciente se percebe completamente sob controlo ou totalmente descontrolada. Esta característica fundamental conduz o indivíduo a uma sobredependência do autocontrolo rígido. De facto, exceder o peso estabelecido, ainda que por um aumento insignificante, significa a perda de controlo.

Outra característica da anorexia nervosa é a **autoestima** muito baixa. Esta encontra-se ligada aos ideais estéticos veiculados por padrões externos; assim o peso condiciona fortemente a autoestima.

Relativamente às **características psicológicas**, verificou-se que as pacientes apresentavam valores mais elevados de ansiedade,

obsessão e depressão do que a população normal (Stonehill & Crisp, 1977). A existência de características obsessivas está presente nas conclusões de um grande número de estudos clínicos, em que as pacientes são descritas como perfeccionistas, inibidas, conformistas e hipercontroladas. As respostas a questionários de personalidade confirmaram estas impressões clínicas (Smart et al, 1976; Strober, 1980).

Podemos, portanto, conceber a procura da magreza como uma camuflagem para os problemas com os quais a anorética não consegue lidar. Transforma os seus problemas psicológicos através da manipulação da comida e do peso, obtendo a satisfação do controlo sobre o corpo. É um modo de combater o sentimento de ineficácia que lhe advém dos conflitos não resolvidos e que se manifestam pela perturbação da imagem corporal.

### **1.1.2 Perturbações Associadas**

A anorexia nervosa surge associada a perturbações da personalidade.

Skodol et al (1993) numa revisão de literatura sobre a comorbilidade entre perturbações alimentares e perturbações da personalidade, verificaram que os resultados das investigações analisadas são inconsistentes. As perturbações da personalidade são relativamente frequentes em indivíduos com perturbações alimentares,

mas apresentam uma distribuição muito variável em cada amostra dos sujeitos estudados, indo desde 27 até 93%. Os autores observaram a associação entre anorexia nervosa e perturbação de **personalidade evitativa**, caracterizada por um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa.

Para Serbanescu e Magureanu (1994), as perturbações da personalidade em geral, na anorexia nervosa, representam consequências temporárias da fome ou um processo subjacente ao desencadear da doença. Concluíram que as características da personalidade da anorética restritiva eram desviantes antes do início da doença. Por outro lado, observaram persistência de perturbações da personalidade decorridos 7 a 10 anos sobre o início da doença, em 57% das pacientes.

De igual modo Varandas et al (1994), observaram em 40% das pacientes persistência dos sintomas depressivos e perturbações de personalidade em 20% das pacientes com história de anorexia nervosa grave, passados 6 meses a 2 anos após alta hospitalar.

Wonderlich et al (1990) descrevem predominância de perturbações de **personalidade obsessivo-compulsiva** em pacientes restritivas. No entanto esta co-morbilidade não é passível de confirmação dada a disparidade de resultados, variando desde 3.3% (Piran et al, 1988) até 60% (Wonderlich et al, 1990).

A co-morbilidade da perturbação obsessivo-compulsiva com história anterior de anorexia nervosa foi observada por diversos autores

(Kasvikis et al, 1986; Rasmussen & Eisen, 1989; Halmi et al, 1991), verificando-se nas pacientes um início mais precoce dos sintomas obsessivos do que nas pacientes apenas com perturbações obsessivo-compulsivas. É, assim, de admitir que as características obsessivas facilitam o desenvolvimento da anorexia nervosa (Fahy, Osacar & Marks, 1993).

No entanto, como a fome severa e a perda de peso agravam os sintomas e traços obsessivos (Garner & Garfinkel, 1982; Patton, 1988; Patton et al, 1990), não é claro (Hsu, Kaye & Weltzin, 1993) que estes sejam um factor de risco na anorexia nervosa.

Verificamos que a anorexia nervosa surge frequentemente associada a perturbações de personalidade, mas a sua distribuição varia muito, sendo difícil os investigadores chegarem a um consenso. No entanto, parece-nos que a co-morbilidade da anorexia nervosa com perturbações de personalidade em geral, conduzirá a uma maior cronicidade nessas pacientes.

### **1.1.3 Factores de Manutenção**

As atitudes e crenças acerca da comida e do peso e o quadro de pensamento em que estas pacientes funcionam, reflectem processos cognitivos disfuncionais que promovem o desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares.

A anorexia nervosa pode ocorrer como episódio curto e limitado, ou sob forma crónica.

Na doença crónica, contribuem para manutenção da doença:

- **Manifestações psicológicas da fome**, como intensificação da preocupação com a comida, alteração da concentração, do humor e do sono. Verifica-se, paralelamente, a diminuição de interesses e isolamento social marcado, mantido pela situação da fome.
- **Vómito induzido**, visto pela doente como solução expedita, pois permite comer e não engordar.
- **Saciedade intensificada**, que encoraja a doente a comer cada vez menos.
- **Percepção corporal alterada**, levando a anorética a perceber-se gorda mesmo quando muito magra.
- **Perturbações da personalidade**, especialmente de tipo obsessivo, reforçando obsessões e compulsões relacionadas com comida.
- **Importância da magreza**, para a manutenção do bem-estar, levando a que todos os esforços sejam dirigidos para manter

um peso baixo, reforçando assim a autoestima ligada à aparência e performance.

- **Valorização cultural da magreza**, que poderá funcionar como obstáculo à recuperação, pela admiração ambivalente de que é frequentemente alvo (Branch & Eurman, 1980); e, adicionalmente, em sujeitos com recordações de desvalorização pessoal devido a obesidade anterior à doença.

## **1.2 FACTORES SOCIOCULTURAIS**

Os factores socioculturais são considerados importantes na anorexia nervosa, verificando-se uma distribuição específica em termos de sexo, idade e classe social.

A distribuição da anorexia nervosa pelos sexos tem-se mantido ao longo do tempo, sendo 90 a 95% dos pacientes do sexo feminino.

Esta perturbação está a tornar-se frequente em mulheres mais velhas, embora continue a ser mais significativa na adolescência, com elevado risco de início entre 14 e 18 anos (Garfinkel et al, 1980). Simultaneamente, tem-se verificado um aumento de anorexia nervosa em crianças (Lask & Bryant-Waugh, 1993).

O predomínio da classe alta na anorexia nervosa tem sido frequentemente observado (Bruch, 1973; Crisp, 1965; Crisp, Palmer & Kalucy, 1970; Morgan & Russell, 1975), embora tenham sido também descritas distribuições mais homogénea pelas várias classes sociais (Theander, 1970; Garner & Garfinkel, 1982; Patton & King, 1991; McClelland, Gowers, Lynch & Crisp, 1994), pois a magreza tem sido igualmente associada ao sucesso, simbolizando uma tentativa de transcender a barreira de classe.

### 1.2.1 Prevalência

A anorexia nervosa é um problema relativamente comum na adolescência (Crisp, Palmer & Kalucy, 1976). Embora a sua incidência tenha aumentado nas últimas décadas (Theander, 1970; Kendell, Hasel, Hailey & Babigian, 1973; Jones, Fox, Babigian & Hutton, 1980; Willi & Grossman, 1983), há quem defenda que este crescente número de novos casos se deve às alterações demográficas particularmente ao aumento relativo de mulheres jovens na população geral (Williams & King, 1987).

Segundo Garfinkel (1993), a prevalência na anorexia nervosa ocorre em cerca de 1% de raparigas adolescentes. Os estudos referidos no DSM-III-R (1987) e realizados com raparigas entre os 12 e os 18 anos, de diferentes populações, indicam valores desde 1.1% até 1.8%. Já no DSM-IV (1994) a prevalência apontada em jovens adultas varia entre 0.5% e 1%.

Num estudo realizado por Carmo, I. et al. (1994) com uma amostra da população estudantil portuguesa, entre os 10 e 20 anos, a prevalência encontrada foi de 0.4%, sendo mais baixa do que noutros estudos europeus, mas com valores idênticos à Austrália e Israel. Estes dados sugerem que Portugal se encontra numa situação intermédia e transitória, relacionada com marcadores socio-económicos, mas que poderia aumentar, pois atinge os 12,6% nas situações sub-clínicas.

Analisando a prevalência entre raparigas ocidentais de classe alta, diversos autores concluíram que esta é elevada (Crisp et al, 1976;

Buhrich, 1981; Button & Whitehouse, 1981; Szmukler, 1985; Nasser, 1986; Lee et al, 1989), chegando mesmo a atingir os 2.1% (Pope et al., 1984).

A prevalência nas situações sub-clínicas em estudantes universitárias tem variado entre 3% e 5% (Button & Whitehouse, 1981; Clarke & Palmer, 1983; Szmukler, 1983).

Em certos grupos considerados de risco, observou-se uma prevalência de 6.5% numa população de estudantes de dança e de 7% num curso de modelos (Garner & Garfinkel, 1980).

Verificámos que a prevalência da anorexia nervosa varia muito, em função da definição de casos e da população a ser estudada.

### **1.2.2 Educação e Sucesso**

As pressões familiares para o sucesso escolar em adolescentes de grupos sociais elevados, são um factor importante na anorexia nervosa (Crisp, Palmer & Kalucy, 1976; Dally & Gomez, 1979).

Lawrence M. (1987) num estudo realizado com pacientes, onde estavam representadas várias classes sociais, verificou que um elevado número de sujeitos eram os primeiros da família a continuar os estudos.

As oportunidades educacionais podem ser percebidas pelas raparigas como uma exigência excessiva, verificando-se em muitas pacientes que a entrada para a faculdade coincide com o surgimento das primeiras dificuldades relacionadas com a comida.

### 1.2.3 O Ideal Estético

Existem várias explicações para o aumento da anorexia nervosa. A mais comumente aceite aponta para a valorização cultural da magreza como factor determinante.

O ideal de mulher tem variado ao longo do tempo e com as culturas, mas nos últimos 25 anos tem aumentado o ritmo de mudança a que tem sido submetido o tipo físico ideal.

A partir de 1960, a imagem da mulher, reflectida principalmente nas revistas de moda e nos media, é a de uma mulher cada vez mais magra. Esta alteração do ideal estético tem tornado cada vez mais verdadeira a célebre frase da duquesa de Windsor: *"no women can be too rich or too thin"*.

Nos Estados Unidos e no Reino Unido, 80% das mulheres fazem dieta. No entanto, a preocupação com a dieta e a imagem corporal tem-se alargado a grupos cada vez mais jovens.

Crisp (1984), observou que 43% das raparigas de 12 anos queriam perder peso e 11% faziam dieta. Aos 14 anos, 43% das raparigas autotransclassificavam-se como obesas, 63% desejavam perder peso e 23% faziam dieta. Muitas jovens, particularmente dos 16 aos 18 anos tentavam perder peso, mesmo quando este era normal.

Hill (1994), verificou que 1/3 das raparigas inglesas com 9 e 10 anos desejavam ser mais magras, embora a maioria delas tivesse um peso normal.

Orbach (1993), observa que em S. Francisco, 70% das crianças com 9 anos e peso normal, fazem dieta porque se acham gordas.

No entanto os resultados dos diversos estudos sobre dieta em jovens, devem ser interpretados com certa reserva, pois podem ser influenciados pelo estilo de entrevista e tipo de perguntas e respostas disponíveis (Huon & Godden, 1994).

Vários trabalhos relacionaram o aumento de incidência da anorexia nervosa com a procura do ideal físico, através da dieta (Garner & Garfinkel, 1982; Silverstein, 1986; Wooley, 1987; Wooley & Wooley, 1982).

Fries e Nillius (1973) denominaram estas restrições alimentares de 'comportamento anorético' quando o peso é controlado para lidar com problemas psicológicos semelhantes aos das anoréticas.

Neste contexto a síndrome surge como o extremo de um espectro de preocupação com o peso (Nylander, 1971; Fries, 1974; Button & Whitehouse, 1981).

No entanto para outros autores, a anorexia nervosa não se resume apenas a uma dieta excessiva, sendo uma síndrome distinta (Crisp, 1965; Bruch, 1973; Garner, Olmsted, Polivy & Garfinkel, 1984), pois verificam-se diferenças entre as perturbações alimentares e a dieta crónica.

### 1.3 DIAGNÓSTICO

Presentemente, reconhece-se que a anorexia nervosa é uma síndrome distinta de outras doenças, caracterizada pela recusa em manter um peso normal, em que o sujeito realiza esforços intensos para reduzir o peso à custa de outras áreas da sua vida.

A anorexia nervosa já tinha sido definida como uma síndrome por Lasègue (1873) e Gull (1874), quando pela primeira vez foi descrita<sup>2</sup>.

No entanto, esta nem sempre foi a posição dominante e a anorexia nervosa já foi considerada uma variante de outras doenças. Assim:

- **Depressão**: uma alta percentagem de sujeitos anoréticos têm sintomas depressivos (Strober & Katz, 1987; Halmi et al, 1991; Hsu, Kaye & Weltzin, 1993), mas na anorexia nervosa verifica-se que o impulso para a magreza domina o quadro clínico, não podendo portanto ser integrado no quadro da depressão.

- **Perturbações obsessivas**: a existência de vários sintomas de natureza obsessiva, na anorexia nervosa tais como contagem de calorias, hábitos meticulosos e indecisão, ocorrem numa série de distúrbios, mas observa-se com o aumento de peso, uma diminuição na severidade dos sintomas obsessivos (Morgan & Russell, 1975; Hsu,

---

<sup>2</sup> Silverman (1989), refere a descrição original como sendo feita por Louis-Victor Marcé, em 1859.

Crisp & Harding, 1979), relacionados deste modo com a fome e não com perturbações obsessivas.

- *Histeria*: periodicamente, tem sido tentada a subordinação da anorexia nervosa à histeria, mas nesta não se encontra a preocupação primária com a forma do corpo.

- *Esquizofrenia*: a relação entre a anorexia nervosa e a esquizofrenia já foi igualmente sugerida. Características como o isolamento social, negativismo e indecisão, podem ser tomadas como um distúrbio da vontade e a distorção da percepção corporal confundida com percepções psicóticas. Constata-se que a perda de peso no paciente esquizofrénico se deve a um delírio envolvendo a comida e não à preocupação com o tamanho do corpo. Existe portanto uma diferenciação clara, pese embora alguns casos de anorexia evoluam para psicose.

### 1.3.1 Critérios de Diagnóstico

As classificações mais utilizadas no diagnóstico de perturbações mentais são o 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', 4ª edição (**DSM-IV**), da Associação Psiquiátrica Americana e a 'International Classification of Diseases' (**ICD-10**), da Organização Mundial de Saúde.

Os critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa segundo o **DSM-IV**, são os seguintes:

- A. Recusa em manter um peso corporal minimamente normal ou acima para a idade e altura (p.e., perda de peso conducente à manutenção do peso corporal inferior a 85% do esperado ou incapacidade de obter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento conduzindo a um peso corporal inferior a 85% do peso esperado).
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar obeso, mesmo com peso baixo.
- C. Perturbação no modo como o peso ou a forma do corpo são percebidos, influência negativa do peso ou forma do corpo na autoavaliação ou negação da gravidade do baixo peso actual.
- D. Em indivíduos do sexo feminino pós-menarca, a presença de amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos.

Foram ainda distinguidos dois tipos de anorexia nervosa:

- *Tipo restritivo*: durante o episódio de anorexia nervosa o indivíduo não apresenta comportamentos habituais de voracidade alimentar compulsiva ou purgativos (p.e., vômito auto-induzido, abuso de laxantes ou diuréticos).
- *Tipo bulímico*: durante o episódio de anorexia nervosa o indivíduo apresenta comportamentos habituais de voracidade

alimentar compulsiva ou purgativos (p.e., vômito auto-induzido, abuso de laxantes ou diuréticos).

Aplicando a **ICD-10**, verificamos serem necessários os seguintes critérios para um diagnóstico definitivo:

- A. Peso corporal estável pelo menos 15% abaixo dos valores normais ou índice de massa corporal (IMC)<sup>3</sup> de Quetelet com um valor de 17,5 ou inferior. (Pacientes pré-púberes podem não conseguir o ganho de peso esperado durante o período de crescimento).
- B. Perda de peso imposta por recusa de 'alimentos que engordam' e presença de um ou mais dos sintomas que se seguem: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e /ou diuréticos.
- C. Distorção da imagem corporal sob forma de psicopatologia específica que se manifesta pelo engordar como uma ideia intrusiva e sobrevalorizada, em que o paciente impõe a si próprio um peso situado num limiar baixo.
- D. Transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado nas mulheres por amenorreia e nos homens por perda de interesse e potência sexuais. Pode também haver níveis de hormonas de

---

<sup>3</sup>IMC = Peso (kg) / Altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)

crescimento elevados, níveis aumentados de cortisona, alterações no metabolismo periférico da hormona tiroideia e anormalidades na secreção de insulina.

- E. Se o início se verificar antes da puberdade, o desenrolar dos acontecimentos da puberdade é atrasado ou mesmo travado. Com a recuperação da doença, dá-se a menarca, ainda que tardiamente, mas este facto é compensado com o desenvolvimento normal da puberdade.

Verificamos que nos métodos de classificação da anorexia nervosa estão sempre presentes três critérios para diagnóstico: comportamento conducente à perda marcada de peso, medo de engordar e a presença de distúrbio endócrino. Esta síndrome centrada no corpo tem como característica principal a perturbação da imagem corporal.

### 1.3.2 Subtipos de Anorexia Nervosa

O DSM-IV inclui na sua classificação dois subtipos de anorexia nervosa. Na última década, foram identificados casos que apontam para diferenças significativas entre pacientes que perdem peso somente pela restrição contínua dos alimentos, as do **subtipo restritivo**, das que alternam não comer e comer em excesso compulsivamente, as pertencentes ao **subtipo bulímico**. Actualmente há mais pacientes bulímicas do que restritivas (Russell, 1993).

As diferenças mais marcantes entre as pacientes bulímicas e restritivas são as relativas ao modo de perder peso, a história da involução ponderal, as características de personalidade e da família (Garfinkel, 1993).

Na anorexia tipo bulímico encontra-se maior tendência para a cronicidade do que na anorexia tipo restritivo. Com frequência apresentam antecedentes de obesidade e a perda de peso é conseguida com recurso a drogas, abuso de laxantes, diuréticos e indução do vômito.

As características de personalidade, do subgrupo bulímico incluem labilidade do humor, maior actividade sexual e frequentemente descontrolo. Eventualmente, apresentam comportamento impulsivo, como tendência para o furto e o suicídio. Observaram-se também distúrbios graves ao nível do pensamento e da comunicação (Selvini-Palazzoli, 1974).

Os indivíduos pertencentes a este subgrupo são frequentemente borderline. No entanto, na anorexia tipo restritivo, verificou-se grande heterogeneidade, pelo que não se poder falar de um tipo de personalidade específico (Garner & Garfinkel, 1982; Piran et al., 1988).

Selvini-Palazzoli (1974) e Szmukler e Dare (1991) verificaram, respectivamente, que a família da Anorética bulímica era mais caótica e crítica do que a da Anorética restritiva.

Em vários estudos foi constatado que na anorexia tipo bulímico as pacientes percebem a família como mais hostil, conflituosa e desorganizada, menos solidária e compreensiva do que na anorexia tipo restritivo (Strober, 1981; Garner, Garfinkel & O'Shaughnessy, 1985; Humphrey, 1986, 1988, 1989).

Contradizendo estes dados, outros trabalhos não verificaram uma correlação entre a patologia e a percepção do funcionamento familiar (Kog, Vertommen & DeGroot, 1986; Kog & Vandereycken, 1989; Stern et al, 1989).

### **1.3.3 Outras Perturbações Alimentares**

Sob a designação de perturbações alimentares, encontramos no DSM-IV, para além da anorexia nervosa, a *bulimia nervosa*, caracterizada por episódios recorrentes de voracidade alimentar seguido de comportamentos compensatórios habituais e uma categoria de *perturbações alimentares não especificadas* utilizada para codificar perturbações alimentares que não preenchem todos os critérios para uma perturbação alimentar específica.

#### **1.3.3.1 *Bulimia nervosa***

Primeiro descrita por Russell, em 1979<sup>4</sup>, a bulimia nervosa constitui uma síndrome com a qual não deve ser confundida a anorexia nervosa subtipo bulímico.

---

<sup>4</sup>Andersen e Vandereycken (1994) referem a descrição da síndrome em 1972, por Dorr Zegers.

Ainda que existam semelhanças entre as pacientes do tipo bulímico e as que sofrem de bulimia nervosa (Garner et al., 1985), na anorexia tipo bulímico há grande perda de peso, enquanto que na bulimia nervosa o peso, de forma geral, está mantido.

A bulimia nervosa é duas vezes mais comum do que a anorexia nervosa e a inclusão desta doença como variante da anorexia nervosa facilitará, segundo Russell (1990), a determinação mais precisa da etiologia da anorexia nervosa. De facto, verifica-se que para além das semelhanças, como o evitamento de ganho de peso, estas duas perturbações muitas vezes ocorrem sequencialmente, podendo até coexistir no mesmo sujeito.

São características essenciais da bulimia nervosa os episódios recorrentes de voracidade alimentar acompanhados de sentimento de perda de controlo. Estes episódios, normalmente ocultados, são desencadeados por um estado emocional disfórico, situações de stress ou devem-se a restrição alimentar ou a sentimentos relacionados com o peso, forma do corpo e comida.

Tal como na anorexia nervosa, também na bulimia existe uma grande preocupação com a forma e peso do corpo. O vômito auto-induzido, o uso de laxantes e diuréticos, a dieta e o exercício físico intenso são utilizados para controlar o peso.

### *1.3.3.2 Perturbações alimentares não especificadas*

No DSM-IV, as perturbações alimentares não especificadas (eating disorder not otherwise specified) incluem as perturbações do comportamento alimentar que não preenchem os critérios de diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas. Podemos incluir como exemplos:

1. Os sujeitos preenchem todos os critérios para anorexia nervosa, excepto a amenorreia.
2. Os sujeitos preenchem todos os critérios para anorexia nervosa, exceptuando o facto do peso actual se encontrar dentro da média, mesmo havendo perda significativa de peso.
3. Perturbação de voracidade alimentar: episódios de voracidade alimentar compulsiva na ausência de comportamentos compensatórios habituais, característicos da bulimia nervosa.

## **1.4 ETIOLOGIA: TEORIAS EXPLICATIVAS**

Embora os mecanismos etiológicos exactos não sejam conhecidos, sabe-se que a anorexia nervosa resulta da interacção de factores físicos, psicológicos, familiares e socioculturais.

### **1.4.1 Perspectivas Individuais**

#### **1.4.1.1 Aspectos biológicos**

O estudo dos factores biológicos estão a merecer uma atenção crescente por parte dos investigadores que põe a hipótese da existência de uma vulnerabilidade biológica que funcionaria como factor desencadeante da doença. A alteração do comportamento alimentar em certos casos está relacionada com uma estimulação hipofisária provocada por uma disfunção hipotalâmica. Por outro lado, a produção e regulação das hormonas, características da puberdade, possuem uma influência bioquímica alargada, tendo também efeitos no comportamento alimentar.

Theander (1994), adianta que poderá existir um predomínio da hereditariedade sobre a regulação biológica da ingestão de alimentos, conduzindo em certas situações a uma vulnerabilidade específica. Segundo Hsu (1994), esta vulnerabilidade biológica poderá ser resultado de disfunção na neurotransmissão da serotonina.

#### *1.4.1.2 Aspectos psicobiológicos*

Bruch (1973, 1977, 1979, 1983), concentra-se na disfunção existente na relação mãe-criança. A anorexia nervosa resultaria de um desenvolvimento global deficiente com perturbação da percepção e do controlo das sensações corporais.

Bruch considera que as mães das pacientes, sem atenção às necessidades e desejos da criança, impõem as suas decisões e convicções. Esta ausência de respostas apropriadas às necessidades, especialmente quando relacionadas com a alimentação, impede a formação da identidade corporal e, conseqüentemente, de consciência perceptual e conceptual correctas.

A criança não confia no seu corpo nem o experiencia como seu, mas como algo exterior, separado do seu self psicológico, revelando-se em dificuldades na percepção independente das experiências físicas e afectivas. Os problemas da personalidade e adaptação existentes são mascarados pelas dificuldades relacionadas com a consciência da fome e o controlo da função alimentar.

Crisp (1967, 1970), considerou inicialmente a anorexia nervosa como o resultado do evitamento fóbico à comida para resolução de tensões sociais e sexuais, geradas pelas alterações físicas associadas à puberdade. Verifica, depois, que é mais importante para a paciente a recusa em atingir um peso mínimo normal para a idade e altura, do que propriamente a ingestão de comida. Por este motivo, propõe então a designação de 'fobia do peso' (weight phobia), para designar o

evitamento fóbico do peso normal.

Aquele autor considerou, posteriormente, a anorexia nervosa como uma regressão, fundada no desejo de eliminar as tensões criadas no início da puberdade. O objectivo de perda de peso seria então a regressão biológica, ou seja, a negação do crescimento.

Bracinha Vieira (1983) apresenta uma perspectiva que chamou 'eto-ecológica da anorexia nervosa':

Durante a infância a criança frequenta o espaço físico e afectivo da mãe. Na puberdade, sobrevem o impulso para a construção de um 'espaço pessoal': espaço físico, mas também espaço psicológico que pertencem ao indivíduo e se destinam a proteger a sua pessoa, que não pode ser invadido sem alterações instintivo-emocionais. A intrusão excessiva de uma figura dominante, como uma mãe superprotectora, põe em risco o espaço físico e mental em formação na adolescência, inibindo mesmo a ingestão de alimentos, vital para a manutenção de um estado de saúde e de vida. O 'espaço pessoal' do sujeito é invadido e resolve esta situação regredindo a uma condição equivalente à infantil, em que não terá necessidade deste espaço.

O autor estabelece uma analogia entre este comportamento e o de certos babuínos, na medida em que pode ser interpretado como recusa em se deixar 'domar', uma resposta ao bloqueio do 'espaço pessoal' em construção.

Esta intrusão no 'espaço pessoal' das adolescentes pacientes tem sido observada na prática clínica e resolvida terapêuticamente de modo pragmático, separando a paciente da esfera familiar, de modo a anular a dominação materna (ou de outra figura intrusiva), permitindo então à paciente delimitar e construir o seu espaço.

#### *1.4.1.3 Aspectos psicodinâmicos*

Inicialmente a psicanálise pôs a tónica na função alimentar perturbada. Neste contexto a anorexia nervosa era vista como uma conversão histérica, exprimindo simbolicamente o repúdio da sexualidade através de fantasias de impregnação oral. Embora esta perspectiva não tenha encontrado aceitação geral, ainda não se encontra completamente posta de lado.

As concepções psicodinâmicas evoluíram posteriormente para um modelo menos centrado na esfera oroalimentar, integrando conceitos mais relacionados com a vivência corporal e a patologia da personalidade.

Selvini-Palazzoli (1963), considera a anorexia nervosa uma forma de 'psicose monossintomática', que qualifica de 'paranóia intrapessoal', pois o corpo é utilizado como defesa contra ideias delirantes interpessoais, salvaguardando a capacidade de se relacionar com o meio. Deste modo a esquizofrenia é evitada. A anorexia nervosa vai-se estruturar como uma defesa, em equilíbrio entre as posições esquizoparanóide e depressiva. O corpo, clivado do resto do Eu, é o

objecto perseguidor que é necessário controlar e manter à distância. É o mau objecto, carregado de atributos de objecto maternal primário, incorporados nas primeiras relações mãe-criança. Assim a imagem corporal da anorética será identificada à má mãe.

Kestenberg, J., Kestenberg, E. e Decobert (1972), falam de uma 'psychose froide', organização psíquica existente na anorexia nervosa, que consideram próxima do autismo, fundamentada no prazer que a anorética retira da sua própria fome e no funcionamento independente do corpo, da motricidade e do pensamento.

Os autores referem uma falha na constituição do objecto interno, em que o sujeito fica dependente do objecto externo, para a regulação dos seus prazeres e tensões internas e da sua autoestima.

Aqueles autores estabelecem uma correlação entre a hipertrofia do Ideal do Eu, a não diferenciação dos imagos parentais e a ausência de especificidade das zonas erógenas. A reactivação do conflito edipiano na adolescência, leva a uma regressão vertiginosa pela impossibilidade de enfrentar a angústia de castração, pois a organização do Eu e dos imagos está mal diferenciada. O recurso frequente à idealização é o resultado da invasão do Eu pelo Ideal do Eu, permitindo compreender de onde estas pacientes tiram a força que as leva a ignorar a morte. Salientam também a ausência de especificidade das zonas erógenas que são separadas de um corpo que é vivido no seu conjunto como objecto e sujeito do desejo, sob a forma de uma imagem idealizada. A organização pulsional caracteriza-se então por um recurso específico ao masoquismo erógeno primário,

onde o prazer está ligado directamente à recusa da satisfação de um desejo vital (a fome) e que seria, na sua forma mais conseguida, o que Kestenberg et al designaram por 'orgasmo da fome'. Deste modo a importância e a constância da negação, sob todas as suas formas, introduzem um registo de perversão do corpo na anorexia nervosa.

Brusset (1989), não está de acordo com a noção de 'orgasmo da fome', de Kestenberg et al (1972), pois no orgasmo existe uma descarga, uma resolução que na anorexia nervosa não se verifica. Pode surgir, em diferentes graus, uma certa erotização da sensação da fome, uma espécie de toxicoddependência endógena.

Para Brusset (1993), tudo se passa como se houvesse uma falha na relação precoce mãe-criança, não só na introjecção do bom objecto como também a interiorização desta relação que permitiria à criança tornar-se autónoma.

Coloca a hipótese de nos adolescentes, a fragilidade dos mecanismos de defesa psíquicos ceder lugar à exteriorização da adicção, pela qual se evitaria a inibição, angústia e depressão.

As condutas agidas das pacientes revelam que as relações com o corpo e os seus desejos, substituem-se às representações do pensamento e das relações. Progressivamente a anorética vai procurar a continuidade de ser na continuidade do fazer.

O retraimento libidinal narcísico e autoerótico revela a intensidade da dependência ao objecto primário. As formas graves de

erotização da sensação da fome, ilustram bem a dimensão destrutiva do autoerotismo, desligado dos fantasmas, na sua ilusão expulsiva do objecto, que evoca por vezes defesas autísticas.

Os introjectos persecutórios internos são transformados em sensações negativas que devem ser evitadas ou eliminadas. Daí a restrição alimentar na anorexia nervosa ser vivida como satisfação substitutiva a curto termo. Observa-se uma perturbação das relações do corpo com o pensamento, em que este vai assediar o corpo, que se torna local privilegiado de projecções. O corpo é tão inaceitável na sua feminização que o que torna idêntico ao da mãe, reactivando uma indiferenciação desejada e insuportável, na qual surge a realização alucinatória da identificação à mãe.

Também para Jeammet (1993), a anorexia nervosa é considerada um comportamento de adicção. Na aparente simplicidade das perturbações do comportamento alimentar, encontra-se escondido uma grande diversidade e complexidade, ligado ao carácter muito estereotipado da sua expressão comportamental. A posição de encruzilhada que ocupam as perturbações alimentares entre a infância e a idade adulta, entre o psíquico e o somático, entre o individual e o social; revelam a ligação provável entre estas perturbações e os processos de mudança: sensibilidade às mudanças pubertárias e o acesso à autonomia, às mudanças socio-culturais, mas também a impossibilidade duma expressão puramente psíquica e representacional das dificuldades da anorética, com necessidade de recurso a uma expressão agida comportamental e a uma inscrição corporal.

Esta progressiva anorexia dos investimentos ilustra à posteriori, a função da focalização dos conflitos da conduta anorética, mas também mostra a analogia que existe entre a relação que a paciente tem com a alimentação, imagem do seu corpo e estes investimentos objectais.

A anorética está fixada a uma problemática relacional conflituosa com o objecto materno primário.

Segundo o autor, a relação com a comida representa o protótipo das relações que a anorética estabelece, feitas dum luta activa contra o desejo de se apropriar do que lhe falta, através da conduta oposta de privação. Deste modo tem a possibilidade de provar por essa atitude que o objecto não lhe faz falta, que é mais forte do que o desejo, conseguindo tirar prazer da insatisfação dos seus desejos.

A anorexia nervosa representa um substituto objectal em que a perda pode levar as pacientes a uma situação de prostração, sendo uma defesa contra o medo de ser invadida pelo objecto. Este poder do objecto mantém a síndrome, do mesmo modo que é difícil abandonar qualquer comportamento toxicodependente.

Esta tentativa de encontrar um neo-objecto de substituição neste comportamento que Jeammet considera de adicção, representa, para ele, um arranjo de tipo perverso na relação. Esta designação pretende mostrar que não se trata dum estrutura perversa estável, mas antes de um mecanismo defensivo secundário em resposta ao movimento regressivo, dado que os sujeitos não estabilizam em torno de uma zona erógena precisa, como sublinharam Kestenberg et al. (1972).

Uma das facetas deste arranjo perverso manifesta-se na propensão para sobreinvestir nos domínios das sensações ligadas ao exterior, por oposição ao domínio das emoções, da troca afectiva e da interiorização das relações. Esta cultura da sensação, que corresponde ao que Kestenberg chamou o 'orgasmo da fome', é comum às condutas de adicção, onde se encontra a substituição da ligação libidinal interna, garante da continuidade do Eu, por sensações externas, protegendo o sujeito da vida interna e do risco de perda desse objecto.

Segundo Boris (1984), a história da anorética antes e durante a doença revela uma só dinâmica. Ao longo da sua vida a anorética nunca quer querer. Ela quer ser o objecto dos desejos do Outro. O que antes conseguiu por cooperação dócil, conseguirá mais tarde estimulando as pessoas a quererem que ela se alimente.

A intensidade destes desejos consiste numa voracidade que leva à dissociação mental da mãe do seio, tornando primeiro a anorética numa criança modelo e mais tarde a doença numa realização. Declarando que 'menos é mais', a voracidade pelo seio é transformada em voracidade pelo castigo; o desejo é convertido em abstinência. A inveja do seio é tal que a anorética não consegue perceber as características específicas do seio. Assim não pode ter na puberdade um corpo-seio, igual ou superior à sua mãe. A anorética não tem limites bem definidos, o que pode ser o resultado da inveja, que quer negar, do seio materno. Deste modo a anorética poderá acreditar, ainda que episodicamente, que é bela e não esquelética.

A fome serve, para ela, como antídoto contra a solidão. A fome ocupa a vida da anorética e a doença é vista como solução para um problema e não um problema a precisar de uma solução.

Para Sacksteder (1989) o desenvolvimento de um falso self favorece a alienação entre o psíquico e o corpo e facilita entre eles uma relação sadomasoquista, presente na anorexia nervosa.

As pacientes experienciam o self e corpo como entidades distintas e não como uma unidade psicossomática, em que a mente percebe o corpo como perseguidor. Para as pacientes o corpo ameaça calar o psíquico e este, por sua vez, tenta ter controlo absoluto sobre o corpo. Deste modo desenvolve-se uma relação sadomasoquista. Em certos casos as pacientes pensam mesmo que podem deixar o corpo morrer e permanecer vivas, ficando surpreendidas por os outros considerarem esta crença uma ilusão.

Para Salgueiro (1991), a anorética ao recusar alimentar-se procura resolver todo um vasto campo de problemas da área narcísica, da separação/individuação e da área impulsivo/intintividade, incluindo a sexualidade. A anorexia mental da adolescente representa assim, uma tentativa de cura para uma doença, e não uma doença propriamente dita.

Diferentes estudos psicopatológicos colocam a problemática da identidade como factor central da anorexia nervosa. Sublinham a importância do conflito dependência/autonomia e a vulnerabilidade da anorética. Esta vive um medo permanente da intrusão e da invasão do

corpo pelo objecto do qual depende. Este problema é resolvido de um modo paradoxal: destrói-se para assegurar a sua existência e salvaguardar o sentimento de autonomia. Torna-se assim cada vez mais dependente do meio do qual se tenta libertar.

## 1.4.2 Perspectivas Familiares

### 1.4.2.1 *Estudos experimentais*

A predisposição familiar e o seu papel na perpetuação da anorexia nervosa não é ainda claramente compreendido. No entanto, no estudo do funcionamento de famílias de pacientes, observou-se uma preocupação excessiva com a performance, dieta, peso (Crisp, Harding & McGuiness, 1974; Selvini-Palazzoli, 1974) e dificuldades ao nível da resolução de problemas, da comunicação e do envolvimento afectivo (North, Gowers & Byram, 1994). Estes factores podem ter um papel importante na doença.

Embora Halmi, Struss e Goldberg (1978) não tivessem encontrado diferenças significativas entre os pais de raparigas com anorexia nervosa e os da população normal, isto não é confirmado pela maioria dos autores.

Segundo Kalucy et al. (1977), 16% das mães das pacientes e 23% dos pais tinham história de peso significativamente baixo na adolescência, frequentemente associada a níveis altos de actividade,

peculiaridades nos hábitos alimentares e sobrevalorização da aparência externa. Ou seja, era frequente encontrar uma história de comportamento anorético, embora sem o desenvolvimento da síndrome completa, nos pais quando adolescentes.

Pike e Rodin (1991) colocaram a hipótese das perturbações alimentares poderem ser aprendidas, replicando o comportamento da mãe. Confirmaram que as mães das pacientes com perturbações alimentares tinham uma história mais longa de dieta e tinham mais perturbações alimentares do que as mães da população normal. Salientaram uma atitude crítica das mães de pacientes para com as suas filhas, referente ao peso e aparência destas, em comparação com as mães da população normal; de facto, pensavam que as filhas deviam perder mais peso e viam-nas menos atraentes do que as pacientes se achavam.

As descrições clínicas sobre as mães das pacientes, confirmam estes estudos: intrusivas, ansiosas, perfeccionistas, submissas, conscientes do seu peso e com baixa autoestima (Selvini-Palazzoli, 1974), superprotectoras, excessivamente preocupadas e muito ambiciosas (Bruch, 1977).

Num estudo retrospectivo sobre problemas alimentares na infância precoce, realizado por Bouça et al. (1994), as mães das pacientes referem, por um lado, uma grande insatisfação na tarefa alimentar ao longo do desenvolvimento da criança e um desinteresse das suas filhas quando bebés pela alimentação, por outro. Verificou-se nestas mães uma maior incidência de gravidez não desejada e de

psicopatologia associada a este período, com ênfase para a sintomatologia depressiva, relativamente a grupos comparativos de mães com filhas bulímicas, obesas e normais

LeGrange e Evans (1994), verificaram no planeamento das refeições que as mães com perturbações alimentares seguiam rigidamente um horário, enquanto que as mães normais, mais flexíveis, alimentavam as crianças quando estas pediam.

No estudo de Stein, Fairburn, Woolley e Cooper (1994) sobre transmissão intergeracional, as relações entre as mães com perturbações alimentares e os seus filhos de 1 ano foram estudadas através de vídeogravação. Estas mães mostravam-se intrusivas, com dificuldade em compreender os desejos e necessidades da criança, quando brincavam e as alimentavam, expressando também, nesta última situação, emoções mais negativas para com elas.

No seu estudo, Chatoor (1994) chegou a conclusões semelhantes. Estes investigadores independentes procuram construir um modelo de desenvolvimento comportamental, de modo a prevenir que este ciclo se repita na geração seguinte.

#### *1.4.2.2 Aspectos psicodinâmicos*

Segundo Jeammet et al, (1973, 1980), o lugar que a filha ocupa na organização fantasmática da mãe, não pode ser compreendido senão

tendo em conta as relações que esta teve com os seus pais. As avós e principalmente a avó materna surgem como personagens chave destas famílias. As relações da mãe com os seus próprios pais apresentam características que se podem resumir esquematicamente por uma relação idealizada mas profundamente ambivalente com a sua mãe e uma decepção edipiana em relação ao seu pai.

Esta ambivalência vai-se reflectir na relação da mãe com a sua filha, sob uma forma igualmente mascarada pela idealização mas que se exterioriza em certas ocasiões, por vezes de modo violento e rejeitante, observando-se este facto sobretudo na fase de recuperação da doença, em que a paciente não preenche o papel esperado pela mãe. Esta não concebe a filha senão como um duplo dela, sentindo e pensando como a mãe, protegendo-se assim da depressão.

Quanto ao papel do pai, é geralmente sublinhado o seu carácter submisso ao domínio da mulher, a sua incapacidade de fazer valer a sua autoridade, a hostilidade que provoca na família e a sua exclusão da vida familiar. Uma identidade pouco segura, com uma prevalência de identificações femininas.

Relativamente à fratria, a diversidade de lugares onde se coloca cronologicamente a anorética, não permite dar ênfase a este factor.

Como mais importante surge o lugar que ocupa esta rapariga na fantasia dos pais e o papel de complemento narcísico jogado frequentemente por um membro da fratria, permitindo à anorética evitar a confrontação com a diferença, a separação, a rivalidade e a

inveja. Deste modo mantém-se por mais tempo o fantasma de autosuficiência a dois, num complemento narcísico.

Selvini-Palazzoli (1963) descreve a mãe das pacientes como tendo uma fixação no plano homossexual latente, apresentando o pai com tendências passivas profundas e frequentemente uma estrutura de carácter obsessivo. Para a autora existe uma relação sadomasoquista no casal, observando-se uma conduta sádica mais aparente no pai, enquanto que a mãe, apesar de uma atitude aparentemente submissa, exerce a sua influência e acaba por deter o poder nas suas mãos. Deste modo a anorética fica submetida às necessidades da mãe e impossibilitada de estabelecer uma relação com o pai, que por sua vez aceita e reforça este comportamento.

O sistema assim estabelecido impede a diferenciação da doente em relação à mãe, não conseguindo elaborar uma experiência edipiana sólida. Selvini-Palazzoli insiste ainda no facto de nenhum dos pais se ter conseguido libertar suficientemente dos laços que os unem às famílias de origem.

#### *1.4.2.3 Teorias sistémicas*

A teoria familiar sistémica situa-se numa perspectiva radicalmente diferente das precedentes. Considera a família não como os elementos que a compõem, mas como um todo no seu funcionamento, descodificando as regras de comunicação que mantêm a sua

homeostasia. A intervenção terapêutica realiza-se sobre estas regras, para se obter uma abertura do sistema.

Dentro da orientação sistémica existem várias escolas, que se diferenciam essencialmente pela estratégia de intervenção no seio da família e os aspectos da comunicação que privilegiam.

Dois autores com trabalhos importantes nesta área são Minuchin e Selvini-Palazzoli.

Minuchin com o seu grupo de Filadélfia, elaborou uma perspectiva de terapia familiar que denominou terapia estrutural. A estrutura de uma família é definida como um conjunto invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os elementos da família interagem.

Minuchin, Rosman e Baker (1978), colocaram a hipótese de o estado psicológico e físico regressivo da anorética, permite manter a harmonia e ligação na família afastando a atenção das tensões maritais dos pais, mas com custos pessoais elevados.

Minuchin et al, (1978), identificaram e descreveram vários padrões de interacção disfuncional nas famílias de pacientes e nos doentes psicossomáticos em geral, salientando os seguintes aspectos:

- **Aglutinação:** As relações são caracterizadas por uma grande proximidade e intensidade na interacção entre os elementos. O sujeito perde-se no sistema familiar, pois existe uma intrusão no pensamento

e sentimentos dos outros, resultando uma diferenciação pobre da percepção de cada um e de si próprio.

- **Superprotecção:** Os pais preocupam-se muito com o comportamento dos filhos e estes por sua vez tornam-se excessivamente conscientes de si e das expectativas dos outros. Estas atitudes vão travar o desenvolvimento de autonomia, competência e interesses ou actividades fora do círculo familiar.

- **Rigidez:** Os elementos da família têm grande dificuldade em se confrontarem com períodos de mudança ou crescimento. Negam a necessidade de mudança na família e são vulneráveis a acontecimentos exteriores.

- **Evitamento do conflito:** A rigidez e a superprotecção combinadas com a aglutinação entre os elementos, cria um limiar muito baixo para suportar o conflito. Este é difuso para manter a pseudo-harmonia. Como resultado os problemas não são resolvidos, pois o conflito é evitado, sendo considerado o filho doente o único problema.

Selvini-Palazzoli (1974), influenciada inicialmente pelo grupo de Palo Alto, cria o grupo de Milão e segue uma perspectiva estratégica, em que o terapeuta procura detectar a cadeia de interações que perpetua o comportamento sintomático, trabalhando a partir de um problema específico.

Selvini-Palazzoli vai salientar os padrões anormais de comunicação e relacionamento nas famílias com um elemento anorético:

- Frequentemente membros destas famílias rejeitam mensagens mandadas por outros.

- O pai tem dificuldade em assumir de modo manifesto o papel de líder na família e nenhum elemento está preparado para assumir a responsabilidade quando as coisas correm mal.

- A questão central familiar relaciona-se com a formação de coligações escondidas. Embora as alianças abertas entre pais e filhos sejam proibidas, a criança tem o papel de aliado secreto da mãe e do pai. Selvini-Palazzoli refere este triângulo como 'um matrimónio de três vias'. Refere como exemplo a existência nestas famílias de um sistema de 'regras secretas', que embora raramente sejam explícitas, regulam as interacções familiares.

- Existe um espírito de sacrifício.

- A relação do casal é caracterizada por uma fachada de unidade, escondendo frequentemente por detrás uma profunda desilusão entre eles.

Os grupos de Filadélfia e Milão partilham certas características, dando ênfase ao comportamento e processos familiares, unidos num ciclo de auto-regulação, minimizando o conflito e a mudança. Como

consequência, as crianças educadas nestas famílias poderão sentir-se ameaçadas com as exigências de autonomia na adolescência. Neste contexto familiar, a doença assume o carácter de uma adaptação lógica frente a um sistema interpessoal ilógico.

### **1.4.3 Perspectiva Sociológica**

Orbach, S. (1993), situa a resposta anorética num contexto sociológico. Passar fome no meio da abundância, negar o desejo, o procurar ser invisível versus querer ser visto, são para a autora características-chave da anorexia nervosa; são a metáfora do nosso tempo.

Para Orbach, as perturbações alimentares e da imagem corporal expõem o preço a pagar pela socialização das mulheres, inscrevendo no seu corpo as regras da cultura, em que a anorexia nervosa é o palco de reconciliações das novas e antigas expectativas das mulheres.

Segundo a autora os modelos teóricos que definem a anorexia nervosa como uma perturbação da puberdade, tentam infantilizar a mulher, tornando o significado do seu sintoma ilegítimo.

Deste modo, a recusa da anorética em aceitar o seu papel definido culturalmente é visto como patológico, em vez de ser percebido como uma resposta extremamente complexa a uma identidade social confusa.

## **1.5 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO**

A anorexia nervosa apresenta dificuldades no seu tratamento pois as pacientes resistem a serem tratadas, negando frequentemente a doença. Assim o resultado do tratamento e prognóstico vão também depender da gravidade da doença.

### **1.5.1 Modelos Terapêuticos**

O tratamento da anorexia nervosa apresenta fundamentalmente duas abordagens:

1. **Médica** - Recuperação do peso normal e do estado de saúde, baseada em métodos de tratamento nutricionais, endócrinos e farmacológicos.
2. **Psicológica** - Mudança de atitude para com a comida e para com o corpo; reajustamento psicológico e retoma do crescimento emocional, através da resolução das interações familiares e análise dos problemas da paciente.

Vamo-nos centrar no tratamento psicológico da anorexia nervosa, descrevendo os vários modelos terapêuticos utilizados nesta doença: a terapia comportamental mais orientada para o aumento de peso, as terapias complementares que tentam conciliar várias estratégias, a terapia familiar em que a doença é enquadrada no contexto familiar e a

psicoterapia individual com o objectivo da resolução da doença a longo termo.

### *1.5.1.1 Terapia comportamental*

No início do tratamento o aumento de peso é crucial para a estabilização num estado de saúde. Por isso, a maioria dos programas terapêuticos são estruturados com base no comportamento alimentar.

A terapia comportamental considera como objectivo principal do tratamento, o aumento de peso. Este tipo de intervenção, derivado de princípios da teoria de aprendizagem, tem vindo a ter uma popularidade crescente nos últimos 20 anos.

Os programas de modificação do comportamento, sejam simples ou sofisticados, apoiam-se em retirar privilégios associados à vida normal (p.e., conversas telefónicas, contacto com os amigos, usar as suas roupas, privacidade na higiene, etc.). Vários estudos encontraram resultados positivos através do condicionamento operante, não convertidos porém em benefícios a longo prazo. Isto porque embora seja relativamente fácil recuperar o peso numa situação de internamento, muitas pacientes perdem-no quando saem do hospital.

Este tipo de intervenção que considera a Anoréctica recuperada ao atingir o peso normal, são um modo superficial de abordar a anorexia nervosa. Estes tratamentos não têm em consideração os sentimentos e preocupações das pacientes, aumentando-lhes a insegurança, ficando

com a autoestima mais fragilizada. Por outro lado, não resolvem os problemas subjacentes à doença, como as atitudes anormais para com a comida e o peso que são observadas em muitas pacientes, mesmo depois de manterem um peso normal (Crisp, 1965; Theander, 1970; Morgan & Russell, 1975; Dally & Gomez, 1979; Hsu, Crisp & Harding, 1979; Garner & Bemis, 1982; Touyz & Beumont, 1984).

### *1.5.1.2 Terapias complementares*

Face às limitações deste tratamento exclusivamente comportamental descrito acima, tem sido frequentemente recomendada, uma intervenção combinada de apoio psicológico com uma dieta altamente calórica e repouso. Para certos clínicos este é um método mais seguro e eficaz, com poucos efeitos adversos (Crisp, 1965; Dally, 1969; Garner & Garfinkel, 1982). Este programa tem como alvos o ganho de peso controlado, por meio de feedback de informação, reeducação dietética, terapia de grupo e ocupacional, psicoterapia individual e familiar.

Após a recuperação do peso, que pode levar 8 a 12 semanas, a paciente permanece no hospital ainda cerca de 3 semanas mais, por se ter constatado a dificuldade em manter o peso durante este período de manutenção. Os hábitos alimentares da paciente são revistos, sendo orientada para a aquisição de comportamentos alimentares equilibrados, tendo gradualmente responsabilidade na determinação da própria dieta.

De um ponto de vista clínico, verificou-se ser útil a incorporação de princípios de várias terapias, em que estratégias específicas são sistematicamente aplicadas a áreas problemáticas particulares.

Como exemplo podemos referir a introdução de terapias utilizando técnicas corporais, em programas de tratamento de anorexia nervosa (Vandereycken & Probst; 1993; Probst, Vandereycken & Van Coppenolle, 1994).

Esta estratégia foi influenciada por Bruch (1973), que apontou a correcção da sobrestima do tamanho do corpo como factor importante para a recuperação da paciente.

### ***1.5.1.3 Terapia familiar***

Desde a primeira descrição da síndrome até ao presente, que o papel da família no desencadear e manutenção da doença foi reconhecida. Gull (1874) recomendava a separação da paciente da família para o tratamento poder ter sucesso. Também para Elysio de Moura (1947), "*O isolamento da anorexia mental é a primeira medida terapêutica a adoptar*" e "*um prematuro regresso ao seio da família pode conduzir rapidamente a uma recaída*".

Actualmente, a terapia familiar é cada vez mais reconhecida como uma estratégia clínica importante no tratamento da anorexia nervosa. Tem sido utilizada como tratamento principal ou associada a outros

métodos terapêuticos.

A Clínica de Filadélfia no seu programa de tratamento, em regime de internamento, combina o condicionamento operante com a terapia familiar, numa perspectiva sistémica (Liebman, Minuchin & Baker, 1974; Minuchin et al, 1978). As reuniões com a família, incluindo refeições com o terapeuta, têm desempenhado um papel importante neste programa de tratamento. A paciente fica no hospital cerca de duas semanas, período durante o qual o objectivo da terapia é a eliminação das confrontações em torno da comida, focando o aumento de peso. Na fase ambulatoria o 'problema' é redefinido, sendo então os padrões alimentares desadaptativos da jovem, analisados no contexto familiar.

Este programa obteve uma elevada percentagem de sucesso, podendo os resultados serem, em parte, devidos ao facto dos pacientes serem jovens e em fases precoces da doença. A eficácia da terapia familiar em pacientes jovens, tem sido confirmada, obtendo porém a terapia individual melhores resultados em pacientes mais velhos (Russell et al, 1987; Dare, 1993; Eisler, 1994).

Como preconizado por Sampaio, D. (1994), a intervenção psicológica nestas pacientes deve ser sempre acompanhada de terapia familiar, pois a anorexia nervosa é expressão interpessoal de uma família disfuncional. Sampaio defende que a terapia familiar deve ter como objectivo a alteração do comportamento de todo o núcleo familiar e não apenas da paciente, a promoção do crescimento dos seus membros e portanto facilitando a autonomia de cada um. Ressalva, no

entanto, que a psicoterapia individual deve estar sempre presente, pois trata-se também de uma grave perturbação psicológica individual.

#### *1.5.1.4 Psicoterapia*

A psicoterapia é o tratamento de eleição para a resolução da doença a longo termo (Crisp, 1965; Bruch, 1973; Russell, 1973; Selvini-Palazzoli, 1974; Dally & Gomez, 1979).

Para o tratamento psicológico ser frutuoso tem de haver recuperação do peso. O aumento de peso está associado a mudanças psicológicas, o que torna a paciente mais receptiva à psicoterapia (Bruch, 1973).

Aprender a enfrentar o aumento do tamanho do corpo será para certos clínicos uma condição prévia para explorar em psicoterapia as questões psicológicas subjacentes.

A procura da magreza poderá ser vista como a tentativa de mascarar os problemas subjacentes. A terapia envolve a tarefa complexa de quebrar o círculo de pensamento, experiências e comportamentos destrutivos.

Segundo Bruch (1973), o foco da terapia é a reconstituição do que realmente aconteceu quando a paciente era criança e de como ela recorda o passado. Chamou a esta procura dos factos ‘uso construtivo da ignorância’, pelo qual a paciente deve activamente explorar e

compreender o que se passou dentro dela, olhar para o seu desenvolvimento de um modo realista: compreender como as experiências passadas interferiram com o seu desenvolvimento. É a descoberta do verdadeiro self.

Para Salgueiro (1991), o trabalho psicoterapêutico deve centrar-se mais na análise dos 'nós' que se apertaram ao longo do desenvolvimento, do que propriamente no problema alimentar. E salienta a necessidade de manter a aliança terapêutica funcionante após a desapareção do sintoma 'anorexia', o que por vezes se torna difícil.

Concluimos assim que a tarefa terapêutica é ajudar a paciente na procura da sua autonomia, tornando-a consciente dos seus impulsos, sentimentos e necessidades.

### **1.5.2 Prognóstico**

A história natural da anorexia nervosa varia desde uma leve doença na adolescência até a um distúrbio recorrente ao longo da vida com uma mortalidade elevada.

Os estudos efectuados por grupos de investigação especializados no tratamento da anorexia nervosa, usam amostras enviesadas, pois as pacientes passaram já por múltiplos tratamentos não sucedidos. É provável assim que os casos seguidos seja unicamente os crónicos, tendo os casos mais ligeiros sido seguidos em regime ambulatorio e frequentemente resolvidos mais facilmente. A compreensão da história

natural da doença também é dificultada pelas pacientes que nunca chegaram a ter tratamento médico, não sendo incluídas nos estudos. Deste modo o prognóstico refere-se principalmente aos casos mais graves.

Observou-se que diferentes factores contribuíam para um mau prognóstico: Início tardio da doença, maior duração da doença, peso mais baixo no início da doença, má adaptação na infância, relações familiares perturbadas e história anterior de tratamento psiquiátrico (Morgan & Russell, 1975; Hsu, Crisp & Harding, 1979); perturbações da personalidade, alto nível de introversão, psicopatologia familiar (Serbanescu & Magureanu, 1994) e sobrestima do tamanho do corpo, associada à gravidade da doença (Slade & Russell, 1973; Button et al, 1977; Crisp, Kalucy, Lacey & Harding, 1977; Halmi et al, 1977; Slade, 1977; Casper et al, 1979; Cash & Brown, 1987).

### *1.5.2.1 Resultados do tratamento*

Os investigadores encontram uma grande variabilidade de resultados nas suas amostras. Nos estudos efectuados com elementos mais jovens da amostra, obtem-se uma percentagem mais elevada de recuperação. Os estudos de follow-up mostram, a curto prazo, menos pacientes recuperadas do grupo etário intermédio.

O follow-up prolongado permite avaliar com maior exactidão os resultados do tratamento. Quanto mais longo, maior a percentagem de recuperação encontrada. Os resultados do tratamento, após 4 a 12 anos

do início da doença, têm sido alvo de vários estudos, em Inglaterra (Morgan & Russell, 1975; Hsu et al, 1979; Russell et al, 1987) e na Suécia (Theander, 1970; 1985). Em geral, conclui-se que 50% dos pacientes recuperam em termos de peso e amenorreia, mas 25% permanece crónicamente doente. O funcionamento psicosexual e interpessoal é geralmente bom nas raparigas que mantêm um peso normal. A satisfação profissional é geralmente favorável, até nas pacientes que se mantêm com peso crónicamente baixo.

Varandas et al. (1994), obtiveram resultados semelhantes no follow-up de 6 meses a 2 anos, após alta hospitalar.

#### ***1.5.2.2 Mortalidade***

A mortalidade na anorexia nervosa é significativa. Varia entre 5% (Morgan & Russell, 1975; Touyz & Beumont, 1984) e 18% (Theander, 1985), sendo em média 9%. Esta variação da mortalidade é, provavelmente, reflexo quer de dificuldades metodológicas nos estudos realizados, quer de follow-up de diferente duração.

As causas de morte incluem broncopneumonia, insuficiência renal e insuficiência cardíaca, como complicações físicas da fome; e desequilíbrio hidro-electrolítico como consequência do vómito induzido.

Deve-se ainda considerar como causa de morte o suicídio nestes estados crónicos.

## **CAPÍTULO II**

# **PERTURBAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

## **2.1 IMAGEM CORPORAL**

### **2.1.1 Relação Mãe-bébé**

Encontramos nas teorias explicativas da anorexia nervosa, um ponto comum aos vários autores: a origem desta síndrome e da imagem corporal perturbada, nas relações precoces mãe-bébé.

Melanie Klein é pioneira de toda uma corrente psicanalítica contemporânea, que enfatiza a existência de relações de objecto precoces como fundadores do desenvolvimento psíquico e da personalidade. Descreve o desenvolvimento psíquico precoce através das características emocionais do vínculo mãe-bébé, fundamental para todo o desenvolvimento psíquico posterior. As suas observações e hipóteses levam-na a criar uma teoria original do desenvolvimento e estrutura da mente, o mundo dos objectos internos, no qual existem fantasias inconscientes que interagem com os objectos externos, através dos processos de projecção e introjecção.

O mecanismo de identificação projectiva, descrita em 1946, será um dos temas principais da investigação Kleiniana. A mente tem capacidade de se libertar de uma parte do self, colocando-a noutra objecto. O resultado é uma confusão de identidade, uma perda real entre sujeito e objecto. A identificação projectiva será entendida como um fenómeno normal ou patológico, segundo a sua intensidade e qualidade. Uma das consequências da identificação projectiva excessiva é o enfraquecimento do ego, ficando submetido a uma

dependência extrema das pessoas nas quais se projectam os aspectos bons, para voltar a recebê-los ou os aspectos maus, para controlá-los e assim se poder proteger da ameaça da introjecção.

Para Klein, a vida psíquica vai-se organizar em torno de duas posições fundamentais, que explicam a ligação com a realidade interna e externa: posição esquizo-paranóide e posição depressiva. Na posição esquizo-paranóide o ego protege-se de angústias persecutórias através da clivagem, identificação projectiva, introjecção e negação. A relação de objecto é parcial, percebido como objectos clivados, um seio idealizado e um persecutório. Na posição depressiva a criança reconhece o objecto total, no qual se juntam o bom e o mau, até então separados por mecanismos esquizóides. Com uma angústia depressiva o ego enfrenta sentimentos de culpa e perda pelo que fez ao objecto e através da reparação vai reconstruir dentro do self os aspectos danificados ou perdidos dos objectos, levando assim à integração do ego. Para a autora a posição depressiva é crucial no desenvolvimento, estabelecendo as bases para o equilíbrio psíquico.

Vários autores exploram também o desenvolvimento emocional primitivo, numa continuidade com as linhas essenciais do pensamento de Klein. Uns foram influenciados pelas suas ideias e criaram novos conceitos, como os pós-Kleinianos Bion, Meltzer e Bick. Outros, como Winnicott e Balint, do Grupo Britânico, construíram um mapa do desenvolvimento psicológico, refutando as suas teorias.

Winnicott (1945, 1949, 1956, 1960) concebe o desenvolvimento emocional da criança incluído na unidade mãe-bébé, em que o

ambiente mediatizado pela mãe é factor preponderante na estruturação psíquica da criança. O autor separa o desenvolvimento humano do desenvolvimento emocional primitivo, que considera estar totalmente ligado aos cuidados maternos, pois o bebé percebe de maneira desorganizada os estímulos provenientes do exterior. A tarefa da mãe é oferecer um suporte adequado: uma sustentação (holding), funcionando como um ego auxiliar (ego support), que permite a integração das sensações corporais, estímulos ambientais e capacidades motoras.

A capacidade materna particular de se identificar com as necessidades do bebé, Winnicott denominou preocupação materna primária (primary maternal preoccupation), um estado psicológico que permite que as tendências de desenvolvimento da criança evoluam.

Winnicott propõe que a mãe coloca o seio real exactamente quando a criança se encontra disposta a criá-lo, produzindo na criança uma ilusão de onipotência. Ao ser repetida a experiência, o self adquire vida, uma continuidade existencial. A mãe suficientemente boa (good enough mother) é a que responde à onipotência do lactente e dá-lhe sentido. Cria-se então um espaço de ilusão, que se transforma em vínculo.

Mas se existe uma incapacidade materna para interpretar as necessidades da criança, a mãe coloca o seu próprio gesto, cujo sentido depende da submissão por parte da criança. Para compensar a deficiência de cuidados maternos, surge o falso self, que Winnicott define como um processo mental desvinculado da unidade

psicossomática, que até esse momento se havia mantido. O falso self obriga a renunciar às pulsões do autêntico self, a favor de uma adaptação bem sucedida. Como Winnicott diz: "*vemos o desenvolvimento do falso self baseado no conformismo*". O benefício retirado é não existirem conflitos entre a mãe e a criança; o custo é não existir uma relação verdadeira.

Assim para o autor a integração corpo-mente depende primariamente da qualidade da relação mãe-criança. Se nesse processo as respostas maternas não são empáticas, em que a criança não é percebida como um ser distinto, esta cresce perplexa tentando diferenciar os campos biológico, emocional e interpessoal.

Balint (1979) também refere uma falha entre as necessidades do bebé e os cuidados maternos, em pacientes com graves perturbações emocionais, criando um sentimento de vazio. Esta falta que o autor remete à infância precoce, denominou de falha básica (basic fault).

Bion (1962), na sua teoria continente-conteúdo, ocupa-se da relação mais primitiva que a criança tem com o seio, sendo esta ideia o ponto de partida para diversas reflexões, surgindo uma teoria de pensamento.

A relação continente-conteúdo expressa-se como algo complementar entre a projecção da criança e a receptividade materna. Descreve um modelo de aparelho mental em que a mãe interage de um modo específico com o bebé para o dotar da capacidade para pensar e sonhar, a que chamou função alfa ( $\alpha$ ). A experiência emocional é

trabalhada pela função  $\alpha$ , para evoluir para elementos  $\alpha$ , utilizadas na formação de pensamentos de sonhos (dream thoughts) e alimentar a mente. Deste modo a experiência emocional tem de ser pensada e compreendida para a mente se desenvolver. As sensações desagradáveis são projectadas na mãe pelo bebé e ela recebe-as transformando-as numa emoção de uma qualidade diferente: a transformação dos elementos beta ( $\beta$ ) em  $\alpha$ . A mãe dá significado à experiência emocional do bebé, dependente do devaneio materno (reverie).

Para Bion os produtos da função  $\alpha$  formam uma espécie de membrana contínua de pensamento nascente que funciona como barreira de contacto para diferenciar o consciente do inconsciente. Mas se a experiência emocional não é trabalhada pela função  $\alpha$ , o seu crescimento é inibido. Então surgem processos evacuatórios, criando um sistema de mentiras, que conduz à doença mental; e outros processos que produzem um encapsulamento, ocupando áreas da mente que se tornam inacessíveis para integração no processo de crescimento.

Conceptualmente muito próximo da ideia de membrana de barreira de contacto de Bion estão as ideias de Bick sobre a função de pele como continente da personalidade. A sua integridade e durabilidade é um reflexo da capacidade de contenção da mãe, que dá à criança o sentimento de existir, uma identidade.

Segundo Bick (1968), o bebé tem de desenvolver um conceito de um espaço com limites em que coisas podem ser colocadas ou

retiradas. A primeira introjecção é a de um objecto que fornece espaço para o qual objectos podem ser introjectados. Mas se este processo falha, a criança não pode projectar ou introjectar, e a personalidade é sentida como escorrendo para espaço sem limites. Então tem de encontrar outros meios de manter a personalidade coesa, uma 2ª pele, que designou identificação adesiva.

Meltzer (1975), retoma o problema de identificação adesiva, considerando-a como existindo num mundo bidimensional, que define como um espaço de contactos e de superfícies, em que o significado do objecto depende das qualidades sensoriais que podem ser captadas na sua superfície. Deste modo o self é vivenciado como uma superfície sensível. Segundo este autor, o pensamento não pode desenvolver-se quando falta um espaço dentro da mente *“no qual pudesse ter lugar a fantasia como uma acção de ensaio e por consequência como um pensamento experimental”*.

A identificação adesiva vem oferecer uma nova explicação a um fenómeno descrito por diversos autores, em que estes pacientes são caracterizados por uma inautenticidade que leva a pensar que o processo de identificação se realizou de uma forma superficial.

### **2.1.1.1 O olhar**

O jogo do olhar está implicado na instauração do narcisismo primário, lembrando o que disse Lacan (1966) sobre a função

especular na situação dialéctica dos olhares, à interface das identificações primárias e secundárias e os trabalhos de Winnicott (1974) sobre o olhar da mãe.

A confrontação da criança com a sua imagem no espelho é vista por Lacan (1966) como uma identificação. A criança apreende a sua imagem total no espelho antes de a poder compreender verdadeiramente, antes de ela corresponder a uma imagem internalizada do seu próprio corpo.

Segundo o autor as identificações vão permitir a passagem do imaginário ao simbólico. No início a criança identifica-se com a imagem da mãe, a tal ponto que nesta relação dual, não é ela nem o outro, mas uma ilusão. A fase do espelho confirma este tipo de relação imaginária: a criança descobre a imagem do seu corpo, uma imagem externa e invertida que lhe dá uma primeira consciência da unidade corporal, sem contudo a realizar ainda, pois está associada a outra imagem (da mãe) presente no espelho como ele mesmo.

Para Lacan a fase do espelho é um momento fundamental da estrutura do ego, implicando a situação dialéctica entre mãe e filho, em que este descobre o seu ego espelhado nela.

É através do olhar que se organiza a imagem do corpo. Winnicott (1974) reflecte sobre a reacção da criança à cara da mãe do seguinte modo: *"Que vê o bebé quando vira o seu olhar para a face da mãe? Geralmente o que ele vê é ele próprio"*.

Spitz (1983), por seu lado, reforça o papel do olhar como percepção à distância em oposição à percepção de contacto, forma privilegiada de relação nos primeiros tempos de vida. No espaço visual do bebé é o jogo da presença/ausência da mãe que estrutura a percepção de si e do corpo.

Pelo olhar inicia-se uma relação, muito para além de simples visão. A imagem tem o sentido e o valor que o sujeito lhe dá.

O olhar ocupa um lugar importante na vida da anorética.

→ Segundo Brusset (1989), estas pacientes exprimem frequentemente o desejo de serem vistas pela mãe, para assegurarem o sentimento de existência e do seu valor pessoal.

Jeammet (1993) considera que a anorética se alimenta do efeito que o seu corpo exibido provoca nos outros; uma necessidade de recurso ao controlo do seu corpo dominado através do olhar e da procura do olhar do outro.

Golse e Meffre (1993) afirmam que a anorexia nervosa é um obstáculo ao olhar do outro em profundidade, olhar desviado para o envelope somático, ou a destruição da imagem especular.

Para os autores, o objectivo na anorexia nervosa seria o de nunca se ver porque se vê demasiado, nunca se ver por dentro, porque se é demasiado visível na silhueta, um corpo esquelético é provocante. Quando a anorética se vê ao espelho, o que ela vê e não quer ver é ao

mesmo tempo a imagem da mãe e finalmente a imagem da mulher.

### 2.1.2 Conceitos

Freud (1923) considerou a representação do corpo como um elemento fundamental na gênese do Eu e na sua diferenciação do Id. Para o autor, o *"Eu é, em última análise, derivado de sensações corporais, principalmente das que nascem à superfície do corpo (...), paralelamente ao facto de que ele representa a superfície do aparelho mental"*. Freud considerou o desenvolvimento inicial do Eu como resultado da integração na criança das sensações da superfície do seu corpo, utilizando-as para discriminar entre o mundo exterior e o seu próprio corpo.

Do pensamento Freudiano podemos concluir que a imagem corporal é básica para o desenvolvimento da estrutura total do ego. Muitas ideias acerca da imagem corporal na literatura, vêm em parte da teorização de Freud acerca das experiências corporais.

Paul Schilder (1935) introduziu o conceito de imagem corporal, que define como 'a representação mental do corpo', considerando-a um sistema de referência fundamental para a compreensão de todas as condutas humanas, sejam elas normais ou patológicas. A imagem corporal reflecte a relação do sujeito com o outro e consigo, de onde emerge uma imagem. Dando ênfase à função e estrutura da imagem corporal, o autor oferece-nos um modelo dinâmico e dialéctico. Ressalva, por um lado, a natureza motora, onde o movimento é o

factor de unificação das diferentes partes do corpo, colocando-as numa relação precisa com o mundo exterior e os objectos. Por outro lado, o afecto modifica o valor relativo das partes da imagem corporal, em função das tendências libidinais.

Deste modo, a imagem corporal adquire-se, elabora-se e estrutura-se num contacto permanente com o exterior.

A imagem do corpo remete à noção de 'moi-peau' desenvolvida por Anzieu (1974): *"O Eu adquire o sentimento da sua continuidade temporal quando o Eu-pele se constitui como um envólucro suficientemente flexível nas suas interacções com o meio e suficientemente abrangedor para conter os conteúdos psíquicos"*.

Combinando a perspectiva psicanalítica e estruturalista, Pankow (1976), vê a imagem corporal como um modelo de estrutura espacial. Pelo processo de simbolização primária, a imagem corporal estabelece a relação entre as partes do corpo e o seu todo. O processo de simbolização secundário estrutura o sentido e o conteúdo desta relação.

Sanglade (1983), propõe 3 acepções para o termo imagem corporal, estreitamente dependentes: o esquema corporal, que considera o substrato neurológico da imagem do corpo; a representação de si, com o corpo que nos é dado a ver e finalmente a imagem do corpo, uma representação mental inconsciente do Eu, nos seus contornos, solidez ou fragilidade.

O corpo é um princípio unificador, delimitando os mundos interno e externo, instaurando a diferença com o outro. Um factor de isolamento e comunicação.

Para Dolto (1986), o esquema corporal refere ao corpo actual no espaço, à experiência imediata e pode ser independente da linguagem. É inconsciente, pré-consciente e consciente, evoluindo no tempo e no espaço. A imagem do corpo está ligada ao sujeito e à sua história, refere ao sujeito do desejo, mediatizado pela linguagem e memorizada pela comunicação entre os sujeitos. Pode ser independente do esquema corporal e articula-se com ele através do narcisismo. A imagem do corpo é sempre inconsciente e é constituída pela articulação dinâmica de uma imagem de base, uma imagem funcional e uma imagem das zonas erógenas, através da qual se expressa a tensão das pulsões.

Estas perspectivas dão ênfase às relações entre o fisiológico e o psicológico na imagem corporal. Corpo e mente constituem-se como agentes e objectos de uma unidade somato-psíquica que, quando ameaçada, deixa entrever a fragilidade da organização corporal e da imagem do corpo.

### 2.1.2.1 Definição

Imagem corporal é um termo muito utilizado em Psicologia, mas não existe uma formulação clara do seu significado.

A terminologia da imagem corporal tem sofrido várias alterações, levando à utilização indiscriminada e imprecisa de termos como 'esquema corporal', 'experiência corporal', 'ego corporal', 'percepto corporal', 'conceito corporal' ou 'limites corporais'. Esta multiplicidade de designações reflecte as dificuldades existentes na compreensão de como o indivíduo concebe o seu corpo.

No que diz respeito à definição da imagem corporal, existem, em geral, duas perspectivas que ainda que frequentemente se sobreponham, são distintas:

- A **perspectiva neurológica**, que descreve a imagem do corpo como parte de um processo integrador, necessário como base de diversas competências e aquisições. Falamos aqui de esquema corporal, ou seja, *"a representação esquemática do corpo na consciência"* (Head, 1920).

- A **perspectiva psicológica**, que evoca a configuração global de representações, percepções, sentimentos e atitudes que o indivíduo elabora confrontando-se com o seu corpo, em termos frequentemente qualitativos.

Situado nesta última perspectiva adoptámos para este trabalho a seguinte definição de imagem corporal:

*Conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e que são integradas numa percepção global*  
(Bruchon-Schweitzer, 1987).

Utilizámos esta definição no contexto do presente trabalho pois nesta perspectiva a imagem não é concebida só no seu sentido restrito, embora a imagem visual e especialmente a especular joguem um papel importante na sua elaboração. É um conjunto de representações ligadas não só a um corpo físico, real, mas também a um corpo imaginário.

## **2.2 PERTURBAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

Bruch (1962), afirma que as anoréticas têm "*uma perturbação da imagem corporal de proporções delirantes*", ou seja, percebem o seu corpo gordo mesmo quando muito magro.

A partir dos anos 70 desenvolveu-se o interesse no estudo da perturbação da percepção corporal em sujeitos com anorexia nervosa, passando esta perturbação a ser considerada uma característica da anorexia nervosa (Bruch, 1962; Russell, 1970; Slade & Russell, 1973).

Desde o início que a investigação na área da perturbação da imagem corporal deu ênfase à percepção do tamanho do corpo, especialmente à avaliação do seu tamanho.

Verificou-se que, sujeitos normais e pacientes com anorexia nervosa, sobrestimavam o tamanho do corpo. Vários autores tentaram encontrar justificações para este facto.

### **2.2.1 Estudos com Sujeitos Normais**

Verificou-se que sujeitos normais aceitavam uma larga gama de imagens distorcidas num espelho como representações correctas deles próprios (Orbach, Traub & Olson, 1966; Schontz, 1969), existindo

nesta população padrões consistentes de distorção da imagem corporal (Hester, 1970).

Alguns autores adiantaram explicações para este facto:

1. Shontz (1969), observou que certas áreas corporais eram tipicamente sobrestimadas em largura, como a tendência consistente em mulheres para sobrestimar a cintura, facto que relacionou com uma preocupação em se conformarem com os padrões de beleza feminina, segundo os quais a cintura pequena é desejável. Para o autor esta sobrestima pode ser conceptualizada como expressão de insatisfação com um aspecto específico do self, manifestando-se na adopção de **atitudes selectivas** e incorrectas acerca das suas dimensões reais.
2. Furlong (1977) observou nos seus trabalho sobre a avaliação do tamanho do corpo, que as mulheres da população normal mostravam tendência para compensar o facto de certas partes do seu corpo serem pequenas ou grandes demais em relação ao ideal. O autor concluiu que tentavam 'favorecer-se' nos seus julgamentos, reflectindo uma forma de **defesa perceptual**.
3. Segundo Gray (1977), a percepção corporal distorcida pode manifestar-se por uma insatisfação geral com o corpo. A relação entre estas duas variáveis, sobrestima do tamanho do corpo e **insatisfação corporal**, foi descrita por diversos autores (Furlong, 1977; Wooley & Wooley, 1984; Mable, 1986; Ward & Mckeown, 1987; Wardle & Foley, 1989).

4. Mable (1986), investigou a influência de **variáveis psicológicas** na avaliação do tamanho do corpo, observando uma correlação entre a sobrestima do tamanho do corpo e baixa autoestima, locus de controlo externo e depressão

### 2.2.2 Estudos com Sujeitos Anoréticos

Os estudos sobre a perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa têm-se centrado na sobrestima do tamanho do corpo, pois é considerada um factor importante nesta doença. Várias explicações têm sido propostas para explicar o mecanismo responsável por esta sobrestima do tamanho do corpo na anorexia nervosa:

1. Foram realizados estudos comparativos sobre esta temática, concluindo que a sobrestima da largura do corpo não está relacionada com uma **perturbação perceptual**, ou seja, sujeitos anoréticos e normais, mesmo quando sobrestimam o seu corpo, avaliam de modo correcto o tamanho de objectos inanimados (Slade & Russell, 1973; Meerman, 1983; Birtchnell, Dolan & Lacey, 1987; Dolan et al, 1987; Dolce, Thompson, Register & Spana, 1987).
2. Verificou-se em alguns estudos que mesmo depois da recuperação do peso, as anoréticas continuavam a sobrestimar o tamanho do corpo que foi relacionada com o peso pré-mórbido do indivíduo. Segundo diversos autores esta sobrestima pode reflectir uma

percepção que se mantém do peso mais alto e conseqüentemente do tamanho maior que tiveram (Crisp & Kalucy, 1974; Slade, 1977; Garner & Garfinkel, 1981, 1982). Assim a sobrestima pode resultar de uma **falha na adaptação da percepção** às recentes mudanças da forma do corpo.

3. A hipótese de uma **sensibilidade anormal** foi colocada por vários autores, para explicar a sobrestima do tamanho do corpo:

- Crisp e Kalucy (1974), referem o significado negativo das formas do corpo para o sujeito anorético, vindas de experiências passadas e relacionado com as conseqüências do crescimento. Slade (1977), chamou a esta hipótese 'sensibilidade anormal', pois a sobrestima do tamanho do corpo reflecte o medo de ficar gorda.
- Arkes (1991) retoma esta hipótese e explica o erro de julgamento corporal como a existência de uma grande sensibilidade a estímulos internos ou externos. Assim a intensidade com que os estímulos são entendidos leva à distorção da avaliação do corpo. O autor também considera que o medo de aumentar de peso sensibiliza a paciente para mudanças mínimas do tamanho do seu corpo.
- As explicações anteriores foram retomadas por Vitousek e Hollon (1990), que explicam a sobrestima do corpo através da activação de memórias associativas relacionadas com aumento

de peso, produzindo erros sistemáticos no processamento da informação relacionada com o tamanho do corpo.

4. A sobrestima do tamanho do corpo está associada à **negação da doença**, conduzindo a longo prazo a uma maior gravidade dos sintomas (Casper et al, 1979). Para diversos autores, a crença que a anorética tem acerca do seu corpo, permite-lhe desenvolver uma organização psicológica que dá sentido e objectivo à sua vida (Casper, 1982; Garner & Bemis, 1982; Garner & Garfinkel, 1982). Por esta razão tem de acreditar que é gorda, negando as modificações corporais e a doença.
5. Observou-se que a **insatisfação corporal** pode ter um papel importante na percepção incorrecta do tamanho do corpo na anorexia nervosa, particularmente quando está presente uma grande preocupação com a forma do corpo (Garner & Garfinkel, 1982).
6. A sobrestima do tamanho do corpo foi também correlacionada positivamente com **características psicológicas** da anorética, nomeadamente baixa auto-estima (Garner & Garfinkel, 1982), grau de neurose, sentimento de descontrolo (Button et al, 1977; Casper et al, 1979), depressão, ansiedade (Strober, 1980) e afectos negativos para com o corpo (Glehorn et al, 1987).
7. Alguns autores relacionam a sobrestima do tamanho do corpo com o **peso corporal**:

- A grande perda de peso na paciente anorética poderá explicar a percepção corporal distorcida, observada na avaliação do tamanho do corpo (Ben-Tovim & Crisp, 1984; Thompson, 1987; Dolan et al, 1987). Confirmando esta hipótese, verificou-se que o aumento de peso na paciente para valores aproximados dos normais, conduzia a uma diminuição na sobrestima do tamanho do corpo (Slade & Russell, 1973; Button et al, 1977).
  
- Em estudos com populações normais, observou-se que sujeitos com peso normal sobrestimavam menos que sujeitos magros, sugerindo que a sobrestima estava mais relacionada com o peso do que com a presença ou ausência de uma perturbação alimentar (Birtchenell et al, 1985; Heilbrun & Friedberg, 1990; Heilbrun & Witt, 1990). No entanto outros autores consideram que os extremos da gama do peso se encontram ligados a situações psicopatológicas (Palmer, Robertson & Dunkley, 1994).

Mas, para além da sobrestima do tamanho do corpo observada na população anorética, diversos trabalhos referem que estas pacientes também subestimam o tamanho do corpo (Meerman et al, 1983; Freeman et al, 1985; Whitehouse et al, 1988). Estes resultados contraditórios poderão ser explicados por problemas metodológicos existentes nas investigações realizadas.

### ***2.2.2.1 Componentes da imagem corporal***

Embora a imagem do corpo seja um constructo unitário, Garner e Garfinkel (1981) propõe que, na investigação da perturbação da imagem corporal se diferenciem e analisem as suas componentes:

- Uma **componente perceptual**, traduzida na avaliação do tamanho do corpo.
- Uma **componente afectiva ou cognitiva**, traduzida na avaliação da atitude para com o corpo.

Esta distinção vai contribuir para a identificação dos diversos tipos de perturbação da imagem corporal, permitindo assim ultrapassar dificuldades metodológicas existentes, reflectidas nos resultados disparem obtidos nesta área de estudo. A clarificação desta perturbação apoiará o desenvolvimento de estratégias de tratamento eficazes na anorexia nervosa (Garner & Garfinkel, 1982; Warah, A., 1989; Williamson, 1990).

## **2.3 MEIOS DE INVESTIGAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

A avaliação da imagem do corpo pode recorrer a testes projectivos, envolvendo uma análise qualitativa do corpo, a testes objectivos, em que é avaliado o tamanho do corpo, ao método das silhuetas, em que o sujeito escolhe uma figura que o representa e aos questionários e entrevistas, em que são avaliadas as atitudes corporais.

### **2.3.1 Testes Projectivos**

Os testes projectivos distinguem-se de outros testes essencialmente pela ambiguidade do material apresentado ao sujeito e pela liberdade das respostas dadas. As possibilidades de interpretação oferecida pelo material constituem um modo de investigação dos processos da personalidade.

O teste do desenho da figura humana e o teste Rorschach são testes projectivos utilizados no estudo da imagem corporal.

#### **2.3.1.1 *Desenho da figura humana***

O teste do desenho da figura humana ('Draw-a-Person Test', Machover, 1949), que foi das primeiras técnicas projectivas utilizadas nos estudos da imagem corporal, baseia-se no pressuposto de que o desenho espontâneo que o sujeito faz da figura humana representa a

projectão da sua imagem corporal. Neste teste o sujeito estrutura os estímulos externos de modo consciente e inconsciente.

O desenho da árvore e da cara são também considerados variantes deste teste. A hipótese subjacente às diferentes utilizações do desenho liga-se à imagem do corpo se exprimir não só nos auto-retratos e desenhos de personagens, mas também nas representações de objectos, vegetais, animais e mesmo desenhos figurativos.

No entanto, a validade deste teste tem sido questionada, pois ainda não se conseguiu um método de cotação que pondere a destreza manual e a capacidade artística que distingue os sujeitos.

### ***2.3.1.2 Rorschach***

O teste Rorschach (Rorschach, 1921) é constituído por manchas de tinta que evocam representações e afectos ligados ao corpo, contribuindo para isso a sua estrutura simétrica em torno de um eixo.

Para Sanglade (1983), o Rorschach (RCH) surge como instrumento privilegiado da investigação da imagem corporal. Para esta autora, o esquema corporal, imagem do corpo e representação de si estão em estreita dependência, tanto na realidade psíquica como na sua expressão no RCH, tornando impossível a sua dissociação.

Centrando-se em torno do conceito organizador da representação de si, Rauch de Traubenberg (1983), elabora uma grelha de

representação de si, em que a sua análise incide sobre os conteúdos. Estes evidenciam a relação dinâmica do indivíduo com os seus objectos internos e externos, humanos e materiais, situando a identidade e as identificações do indivíduo através do jogo das pulsões libidinais e agressivas. As cotações desta grelha, são complementares às formas habituais de cotação, tornando possível a análise quantitativa de elementos qualitativos.

Fisher e Cleveland (1958), estudaram através do RCH o modo como os indivíduos percebem os limites do seu corpo. Verificaram que sujeitos com problemas psicossomáticos internos (colites, úlceras), percebiam no seu corpo a falta de uma barreira defensiva, enquanto que pacientes com atrite viam o seu corpo envolvido por uma barreira protectora. Notaram que este grupo de pacientes tendiam para a actividade física exaustiva, particularmente o desporto. Os autores propõem uma nova cotação do RCH, 'barreira e penetração', que avalia uma função da imagem corporal: a sua acção como estrutura psicológica que separa e protege o self do meio.

O teste Rorschach é dos mais complexos e difíceis instrumentos entre os recursos do psicólogo clínico, o que torna a adequação da sua utilização muito dependente da formação didáctica, exigindo especialização neste instrumento.

As técnicas projectivas têm um papel importante no diagnóstico psicológico. Contudo, a incerteza acerca da validade das técnicas, os problemas de standardização da cotação, o elemento subjectivo nas interpretações das respostas e o tempo gasto neste procedimento,

levou em certas áreas de investigação experimental a uma maior utilização da avaliação quantitativa.

### **2.3.2 Testes Objectivos**

A investigação sobre a imagem corporal tem-se concentrado principalmente na avaliação da sobrestima do tamanho do corpo. A perturbação da imagem corporal foi equacionada como a diferença entre o tamanho do corpo estimado pelo sujeito e o tamanho real, convertendo-se o resultado em sobrestima ou subestima do tamanho do corpo.

Têm sido utilizadas uma variedade de técnicas na avaliação objectiva da sobrestima do tamanho do corpo, que podem ser divididas em dois grupos: avaliação de partes específicas do corpo e avaliação do corpo na sua globalidade.

#### ***2.3.2.1 Avaliação de partes específicas do corpo***

Existe um grupo de técnicas que avalia sobre os julgamentos dos sujeitos acerca das suas partes do corpo ou da sua largura (cintura, ancas, etc.).

Estas técnicas incluem o 'visual size estimation' também designado por 'movable caliper task'(Reitman & Cleveland, 1964;

Slade & Russell, 1973). Neste faz-se o uso de 2 indicadores (calipers ou luzes), que se movem simultaneamente ao longo de uma barra horizontal, significando a distância entre os indicadores a largura de partes do corpo. O 'image marking procedure' (Askevold, 1975), é uma técnica em que o sujeito encontra-se de pé de frente para um pedaço grande de papel onde marca os pontos correspondentes aos contornos de partes diferentes do corpo.

Nos estudos sobre a percepção de partes específicas do corpo, em que foi utilizado o **método partes do corpo**, verificaram-se os seguintes resultados:

- As pacientes anoréticas sobrestimam uma ou mais partes do corpo (Slade & Russell, 1973; Crisp & Kalucy, 1974; Garner et al, 1976; Button, Fransella & Slade, 1977; Fries, 1977; Pierloot & Houben, 1978; Casper, Halmi, Goldberg, Eckert & Davis, 1979, Meerman, 1983; Whitehouse et al, 1988), sendo a população normal correcta na sua avaliação (Slade & Russell, 1973).
- Os sujeitos normais e outros sujeitos sem perturbações alimentares sobrestimam o tamanho do corpo (Crisp & Kalucy, 1974; Garner et al, 1976; Button et al, 1977; Birtchnell et al, 1987; Galgan, Mable, Ouellette & Balance, 1989; Heilbrun & Friedberg, 1990), embora a população anorética o faça de um modo significativamente mais marcado (Slade, 1985).

- As pacientes anoréticas e controlos normais sobrestimam o tamanho do corpo, não existindo diferenças significativas entre as suas avaliações (Ben-Tovim & Crisp, 1984; Thompson et al, 1986).

### *2.3.2.2 Avaliação do corpo na sua globalidade.*

O segundo grupo de métodos, de distorção óptica, usa várias técnicas, usualmente electrónicas, que produzem uma imagem distorcida do corpo projectada num écran. O sujeito ajusta o tamanho da imagem até obter uma imagem com tamanho mais próximo da que tem do próprio corpo. Nestes métodos estão incluídas as técnicas do espelho que distorce imagens (Traub & Orbach, 1964), a projecção de fotografias (Garner, Garfinkel, Stancer & Moldofsky, 1976) e a imagem televisiva distorcida (Allebeck, Hallerberg & Espmark, 1976; Meerman, 1983; Freeman, Thomas, Solyam & Hunter, 1984; Touyz, Beumont, Collins, McCabe & Jupp, 1984).

Nos trabalhos em que foi realizada a avaliação do corpo na sua globalidade, através do **método de distorção óptica**, observaram-se os seguintes resultados:

- As pacientes anoréticas têm tendência para sobrestimar mais o tamanho do corpo do que a população normal, (Garner et al, 1976; Norris, 1984; Touyz et al, 1984; Thompson, 1987).

- As anoréticas e sujeitos normais sobrestimam ou subestimam o tamanho do corpo, não sendo encontradas diferenças entre os dois grupos (Freeman et al, 1985; Whitehouse et al, 1988).
- As pacientes e os sujeitos normais subestimam o tamanho do corpo nas suas avaliações (Meerman, 1983).
- Foram realizados dois estudos longitudinais com pacientes na fase aguda da doença. Verificou-se na avaliação feita com a técnica de distorção televisiva (Strober, Goldenberg, Green & Saxon, 1979), uma sobrestima do tamanho do corpo ao longo de 6 meses, enquanto que utilizando uma técnica de distorção fotográfica em vídeo (Brinded, Bushnell, Mckenzie & Wells, 1990) ao longo de um mês, revelaram-se mudanças significativas na sobrestima e subestima do tamanho do corpo.

Algumas explicações foram avançadas para os resultados contraditórios obtidos através destes dois métodos de avaliação do tamanho do corpo:

- A. Segundo Garner e Garfinkel (1982), nas técnicas de distorção corporal, a falta de coerência dos resultados foi atribuída à complexidade tecnológica dos aparelhos utilizados.
- B. No método de avaliação do corpo na globalidade, Smeets et al. (1994), procederam a uma meta-análise de 32 estudos e verificaram que as pacientes anoréticas tendencialmente sobrestimavam o tamanho do corpo, enquanto que os sujeitos

normais o subestimavam. Assim, em situações em que os sujeitos têm de optar entre uma gama de imagens distorcidas, verifica-se que dentro de cada grupo existem respostas preferidas, ou seja, é possível encontrar uma tendência de resposta.

- C. Bowden, Touyz, Rodriguez e Hensley (1989) realizaram um estudo comparativo entre os dois tipos de métodos de avaliação do tamanho do corpo, em pacientes anorécticas e sujeitos normais. Obtiveram resultados diferentes, o que os levou a concluir que estas técnicas não podiam ser comparadas entre si.
  
- D. Slade (1985, 1988) sugeriu que os dois tipos de métodos de avaliação do tamanho do corpo, podem estar a medir aspectos diferentes da imagem corporal: As técnicas que fazem julgamentos sobre partes do corpo, apelam à componente afectiva da imagem corporal, enquanto que as técnicas de distorção corporal poderão incidir sobre a componente perceptual. Esta hipótese é apoiada num estudo (Bentovim et al, 1990), mas outros trabalhos concluem o oposto (Garner et al, 1976; Gleghorn et al, 1987) ou consideram não existirem factos para apoiar qualquer uma destas hipóteses (Brinded et al, 1990).

As dificuldades metodológicas acima referidas, tentam explicar os resultados incoerentes obtidos nas investigações realizadas com os testes objectivos para avaliação do tamanho do corpo. No entanto a questão da sobrestima do tamanho do corpo não está clarificada.

### 2.3.3 Método das Silhuetas

Neste método utiliza-se uma série de cartões em que estão desenhadas silhuetas ou figuras da mais magra à obesa, sendo pedido ao sujeito que escolha a silhueta que o representa, por um lado, e a que se encontra mais próxima do seu ideal, por outro (Counts & Adams, 1985; Williamson et al, 1985).

Os estudos que utilizaram o método das silhuetas como meio de avaliar o tamanho do corpo, chegaram aos seguintes resultados:

- As pacientes anoréticas escolhem uma silhueta gorda para se representarem, mesmo estando muito magras (Buree, Papageorgis & Solyom, 1984; Counts & Adams, 1985; Bell, Kirkpatrick & Rinn, 1986), embora algumas escolham uma silhueta magra (Buree, Papageorgis & Solyom, 1984).
- As raparigas da população normal escolhem uma silhueta entre o normal e o obeso como tamanho do corpo actual (Brennan & Kevany, 1985; Carroll, Gleeson, Ribsy & Dugdale, 1986).
- A silhueta magra é a escolhida como ideal, tanto pelas pacientes anoréticas como pelos sujeitos normais (Counts & Adams, 1985; Williamson, Cubic & Gleaves, 1993).

### 2.3.4 Questionários

Os questionários são os métodos mais conhecidos e mais utilizados na avaliação das atitudes para com o corpo (Williamson, 1990; Ben-Tovim & Walker, 1991).

A escala 'Body Cathexis' (Secord & Jourard, 1953) tem sido muito utilizada, avaliando a satisfação do sujeito em relação às várias partes do corpo. A cotação final representa o grau de satisfação para com o corpo todo. Para Garner e Garfinkel (1981), a insatisfação corporal, estudada através de questionários, pode ser considerada uma componente afectiva da imagem corporal.

Fisher (1970), desenvolveu esforços para criar testes relacionados com a experiência corporal, como o 'Body Prominence Questionnaire', 'Body Focus Questionnaire' e o 'Body Distortion Questionnaire'.

Recentemente, surgiram escalas para populações clínicas, como o 'Eating Disorder Inventory' (Garner, Olmsted & Polivy, 1983), inventário multidimensional que avalia os comportamentos dos sujeitos com perturbações alimentares. Deve-se salientar que a subescala Insatisfação Corporal deste inventário derivou da escala 'Body Cathexis' e distingue pacientes com perturbações alimentares de grupos de controlo.

O 'Body Shape Questionnaire' (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) é utilizado em pacientes com perturbações alimentares

e avalia a preocupação com a forma do corpo, enquanto que o 'Body Attitudes Questionnaire' (Ben-Tovim & Walker, 1991) se centra nas atitudes para com o corpo.

Os trabalhos que utilizaram diversos questionários para avaliar as atitudes e sentimentos para com o corpo, obtiveram os seguintes resultados:

- As pacientes com anorexia nervosa estão insatisfeitas com o seu corpo e gostariam de ser mais magras que os sujeitos normais (Garner, Olmsted, Polivy & Garfinkel, 1984; Gleghorn, Penner, Powers & Schuman, 1987).
- As pacientes anoréticas restritivas estão satisfeitas com o seu corpo (Garner, Garfinkel & O'Shaughnessy, 1985; Touyz, Beumont, Collins & Cowie, 1985), enquanto que os sujeitos normais estão insatisfeitos com o seu corpo e gostariam de ser mais magros (Freeman, Thomas, Solyom & Koopman, 1985).
- Num estudo comparativo verificou-se que as pacientes anoréticas e os sujeitos normais desejam ser 20% mais magros (Touyz et al., 1984).

Esta divergência de resultados encontrados no estudo das atitudes para com o corpo, foi justificada pelos diferentes modos de conceptualizar a insatisfação corporal:

- A. Vários autores equacionarem toda e qualquer insatisfação corporal, como 'body disparagement', em que os pacientes com anorexia nervosa exibem uma aversão pelo corpo, que vai para além da insatisfação com a aparência (Cooper & Taylor, 1986).
- B. É necessário distinguir a insatisfação corporal do 'body disparagement' (Cooper & Taylor, 1986; Ben-Tovim & Walker, 1992).
- C. Outros autores conceptualizaram a insatisfação corporal como a discrepância entre o tamanho real do corpo actual e o corpo ideal (Dolce et al, 1987; Williamson, 1990).

### **2.3.5 Entrevistas**

Cooper e Fairburn (1987) afirmam que as medidas de autoavaliação são satisfatórias para avaliar a psicopatologia na população geral, mas carecem da flexibilidade e sensibilidade, oferecida pelas técnicas de entrevista necessárias em estudos de grupos clínicos.

As tentativas de desenvolver entrevistas para medir atitudes corporais têm tido como alvo pacientes com perturbações alimentares. É o caso do 'Clinical Eating Disorder Rating Instrument' (Palmer, Christie, Cordle, Davies & Kenrick, 1987) e o 'Eating Disorder Examination' (Cooper & Fairburn, 1987).

Para Ben-Tovim e Walker (1991), parece haver uma sobreposição dos resultados das entrevistas em indivíduos com perturbações alimentares e nos sujeitos de populações não clínicas, não sendo claro o que pode constituir um leque normal de atitudes para com o corpo.

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGIA**

### 3.1 CONSTITUIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como amostra constituímos dois grupos: grupo experimental e grupo de controlo. Todos os elementos de ambos os grupos eram indivíduos do sexo feminino. A amostra tinha 27 elementos, repartidos do seguinte modo: o grupo experimental tinha 13 elementos e o grupo de controlo 14.

Todos os participantes no estudo eram voluntários.

No grupo experimental os sujeitos eram jovens estudantes com anorexia nervosa diagnosticada, subtipo restritivo (DSM-IV).

Para a constituição do grupo de controlo procurámos jovens estudantes da população normal com características de idade, escolaridade e nível socio-económico o mais próximo possível do grupo experimental.

**Quadro 1** - Percentagens e frequências das idades dos sujeitos nos grupos experimental e de controlo.

Grupo	Idade				
	15	16	17	18	19
Experimental	31% (4)	31% (4)	15% (2)	8% (1)	15% (2)
Controlo	36% (5)	36% (5)	14% (2)	0	14% (2)

Os elementos dos grupos foram, quando possível, emparelhados por idade, que ia dos 15 aos 19 anos, nos grupos de controlo e experimental. A idade média da amostra era 16 anos (Quadro 1).

**Quadro 2** - Percentagens e frequências relativamente à distribuição dos elementos dos grupos experimental e de controlo, por classe sócio-económica de acordo com a Classificação Graffard.

Grupo	Classe Social				
	I	II	III	IV	V
Experimental	39% (5)	23% (3)	23% (3)	15% (2)	0
Controlo	29% (4)	21% (3)	21% (3)	29% (4)	0

Foi utilizada a classificação social internacional estabelecida por Graffard, designada por Classificação Graffard (Anexo I), para avaliar o nível socio-económico em cinco classes, em que a classe I representa a classe mais alta e a classe V a mais baixa. Os factores de classificação são: profissão, instrução, tipos de rendimento, tipo de alojamento e de zona habitacional.

No Quadro 2 observamos, uma distribuição semelhante dos elementos dos dois grupos pelas classes sociais II e III; no grupo experimental predominam indivíduos da classe I (Anexo II).

Os elementos do grupo de controlo eram todos alunos do 10º unificado da Escola Secundária da Cidade Universitária. As pacientes frequentavam também o Ensino Secundário, desde o 10º ao 12º unificado.

Dos 13 elementos do grupo experimental, 8 eram seguidos em regime ambulatorio, na Consulta de Comportamento Alimentar, do Serviço de Medicina, do Hospital de Santa Maria. Os restantes 5 pacientes encontravam-se, no início do estudo, internados no Serviço de Psiquiatria do mesmo Hospital; posteriormente à alta, o acompanhamento prosseguiu na referida Consulta.

Numa perspectiva multidisciplinar, a Consulta de Comportamento Alimentar, sob direcção de Professor Galvão-Teles e Professor Daniel Sampaio, do Hospital de Santa Maria, destina-se ao acompanhamento das pacientes em regime ambulatorio, em psicoterapia individual e em terapia familiar. Paralelamente, existe um grupo de apoio às pacientes e aos pais. A reeducação alimentar é realizada por dietistas e nutricionistas e a intervenção médica por endocrinologistas.

Na primeira avaliação que realizámos, os elementos do grupo experimental tinham, em média, um ano de tratamento, encontrando-se uma paciente já com doença prolongada (6 anos) e outras anoréticas no início (6 meses).

No contexto deste estudo foram apontadas pelas próprias pacientes como razões primárias para o início dos problemas alimentares, a preocupação excessiva com o peso, o "*verem-se gordas*" e o início do recurso a dietas. Os problemas alimentares iniciaram-se em média aos 14, a doença aos 15 e o tratamento aos 16 anos (Quadro 3).

**Quadro 3** - Distribuição da idade de início dos problemas alimentares, doença e tratamento.

	Idade de início		
	Problemas	Doença	Tratamento
Mínima	12	13	13
Máxima	17	18	18
Média	14	15	16

Realizámos um estudo da perturbação da imagem corporal, em 3 momentos da doença ao longo de 20 meses, em que as avaliações foram realizadas com intervalos de 6 meses:

1. **Fase aguda** - Pacientes (n=8), com anorexia nervosa diagnosticada por aplicação dos critérios do DSM-IV. Nesta fase da doença encontram-se alterações psicopatológicas marcadas que surgem associadas à fome, tais como: acentuação de traços de personalidade pré-mórbida, especialmente de tipo obsessivo; intensificação da preocupação com a comida, saciedade alterada, isolamento social marcado, etc.
2. **Fase de recuperação** - Pacientes (n=10), com o peso mínimo ou o peso normal de acordo com idade e estatura.
3. **Fase follow-up** - Sujeitos (n=3), com peso normal mantido, retorno da menstruação e ausência de alterações psicopatológicas.

No Quadro 4 que se segue, podemos observar a distribuição das avaliações, feitas com intervalos de 6 meses, correlacionadas com as fases da doença. Cada avaliação é indicada por uma cruz.

**Quadro 4** - Número e distribuição de avaliações realizadas com as pacientes nas 3 fases da doença: fase aguda, fase recuperação e fase follow-up.

Fases da doença	Pacientes												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Aguda	-	-	+	+++	-	+	+	+	+	+	+	-	-
Recuperação	+++	++	+	-	+	++	+	++	-	-	+	++	+
Follow-up	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+

Controlou-se o peso inicial dos indivíduos nos dois grupos e sua evolução no grupo experimental, usando o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é considerado um método mais correcto e fácil de trabalhar do que a percentagem da norma da população (Shaw & Garfinkel, 1990).

O IMC é o valor obtido do indivíduo dividindo o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros). O IMC normal situa-se entre 20 e 25, é considerado fronteira entre 18 e 20 e revela uma magreza franca quando menor do que 18.<sup>5</sup>

No grupo de controlo, o valor médio dos Índices de Massa Corporal era 20 e no grupo experimental, na fase aguda da doença, era 14.5. Nas

<sup>5</sup> Exemplificando num sujeito com 1.60 m de altura: com um IMC normal, pesaria entre 51 e 64 kg, o IMC de fronteira corresponderia a um peso variando entre 46 e 51 kg e o IMC magreza franca seria menos de 46 kg.

avaliações posteriores, ao longo da investigação, o IMC era 18 na fase de recuperação, e 21 no follow-up (Quadro 5). O IMC mais baixo atingido pelas pacientes foi 11, mas a média do valor mais baixo foi 13.

**Quadro 5** - Distribuição do **Índice de Massa Corporal (IMC)** ao longo da doença do grupo experimental e no grupo de controlo.

IMC	G. Experimental			G. Controlo
	F. Aguda	F. Recuperação	F. Follow-up	
<b>Normal (20-25)</b>	-	-	21	20
<b>Fronteira (18-20)</b>	-	18	-	-
<b>Magreza franca (&lt;18)</b>	14.5	-	-	-

## **3.2 INSTRUMENTOS**

Selecionámos como instrumentos para esta investigação um método de avaliação da perturbação da imagem corporal, compreendendo a combinação de uma técnica de distorção fotográfica e um questionário. Complementarmente, aplicámos o Inventário de Perturbações Alimentares (EDI-2), para avaliação dos comportamentos anoréticos e características psicológicas e a escala 'Body Cathexis', indicadora da satisfação corporal.

### **3.2.1 Método de Avaliação da Perturbação da Imagem Corporal**

No estudo exploratório, o instrumento principal do nosso estudo, a que chamámos método de avaliação da perturbação da imagem corporal, resultou de um esforço de adaptação das técnicas de distorção de imagem já conhecidas, às necessidades específicas que tivemos no nosso estudo. Compreende igualmente um questionário a ser feito aquando da apresentação da grelha de imagens. À combinação de estes instrumentos denominámos 'método de avaliação da perturbação da imagem corporal'.

#### **3.2.1.1 Construção da técnica de distorção fotográfica**

As várias técnicas de distorção de imagem existentes para estudo da perturbação da imagem corporal, centradas na avaliação da

sobrestima do tamanho do corpo, foram por nós analisadas cuidadosamente. Constatámos dificuldades de natureza vária na adaptação destas técnicas, nomeadamente:

- Equipamento dispendioso, utilizando tecnologia sofisticada.
- Impossibilidade de comparação das técnicas entre si, pois as técnicas utilizadas na avaliação de partes específicas do corpo, não recorrem à distorção fotográfica, inviabilizando a comparação de resultados.
- Nalguns casos, requisito de aprendizagem prévia de manipulação do equipamento por parte de todos os elementos da amostra.
- Em geral, custos globais de realização elevados.

Por estes motivos não conseguimos uma técnica que se ajustasse satisfatoriamente às condições objectivas e subjectivas de que dispunhamos para a realização da investigação.

A alternativa era obter uma combinação exequível de várias características que nos interessavam nestas técnicas de distorção, e noutras técnicas consideradas, que não os testes objectivos. Chegámos assim à técnica de distorção fotográfica utilizada neste estudo exploratório.

Esta técnica de distorção fotográfica que idealizámos resultou de um compromisso entre a técnica de silhuetas e a técnica de distorção

de imagens do sujeito e permitiu-nos ultrapassar as dificuldades anteriormente apontadas.

Da técnica de silhuetas, fizemos uso da graduação das figuras, da mais magra à mais gorda, com suporte em papel.

Das técnicas de distorção corporal, aproveitámos a utilização da imagem do próprio sujeito para a distorção, mas ao invés destas técnicas em que a imagem é projectada num écran para ser distorcida pelo próprio, apresentámos várias imagens com graus de distorção pré-determinados.

Desta combinação resultou uma técnica que possibilitou contornar os obstáculos tecnológicos e de custos por um lado, e por outro, permitiu a avaliação do corpo globalmente e também por partes e consequentemente a comparação dos resultados obtidos.

Como trabalho preparatório, realizámos um estudo preliminar com a técnica de distorção fotográfica, em cinco indivíduos da população anorética, com a finalidade de testar a técnica e elaborar o questionário.

Neste estudo preliminar apresentámos uma série de cinco fotografias de frente, de um corpo do sexo feminino em fato de banho. As fotografias haviam sido previamente distorcidas horizontalmente com uma lente anamórfica. As imagens obtidas por este processo iam do mais 'magro' (fotografia #1) ao mais 'gordo' (fotografia #5). As duas imagens fotográficas mais magras correspondiam à distorção negativa (-15% e -7%), a fotografia #3 não havia sido distorcida

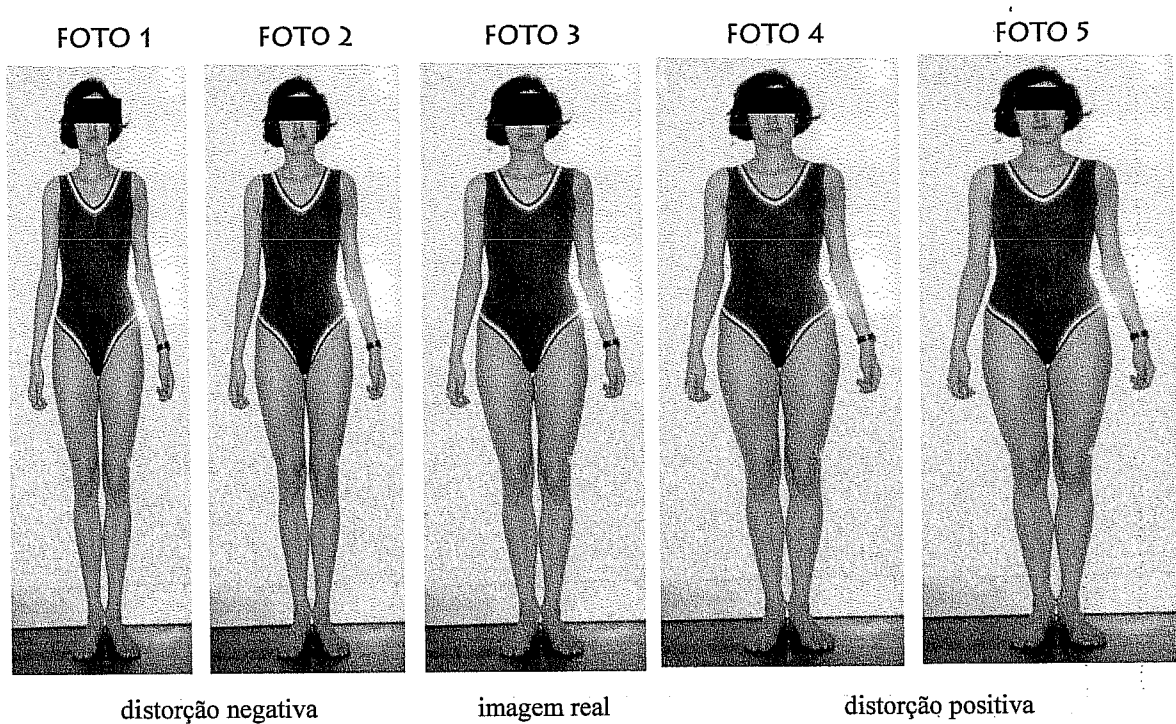
(imagem fotográfica real) e as duas imagens fotográficas mais gordas correspondiam à distorção positiva (7% e 15%).

A distorção positiva de 15% correspondia ao limite máximo indicado pelas pacientes como normal, ou seja, a imagem limite de distorção na qual ainda se podiam reconhecer. Acima dessa distorção a imagem era considerada grotesca, sem possibilidade de identificação. Os valores negativos são os simétricos dos positivos seleccionados pelas pacientes.

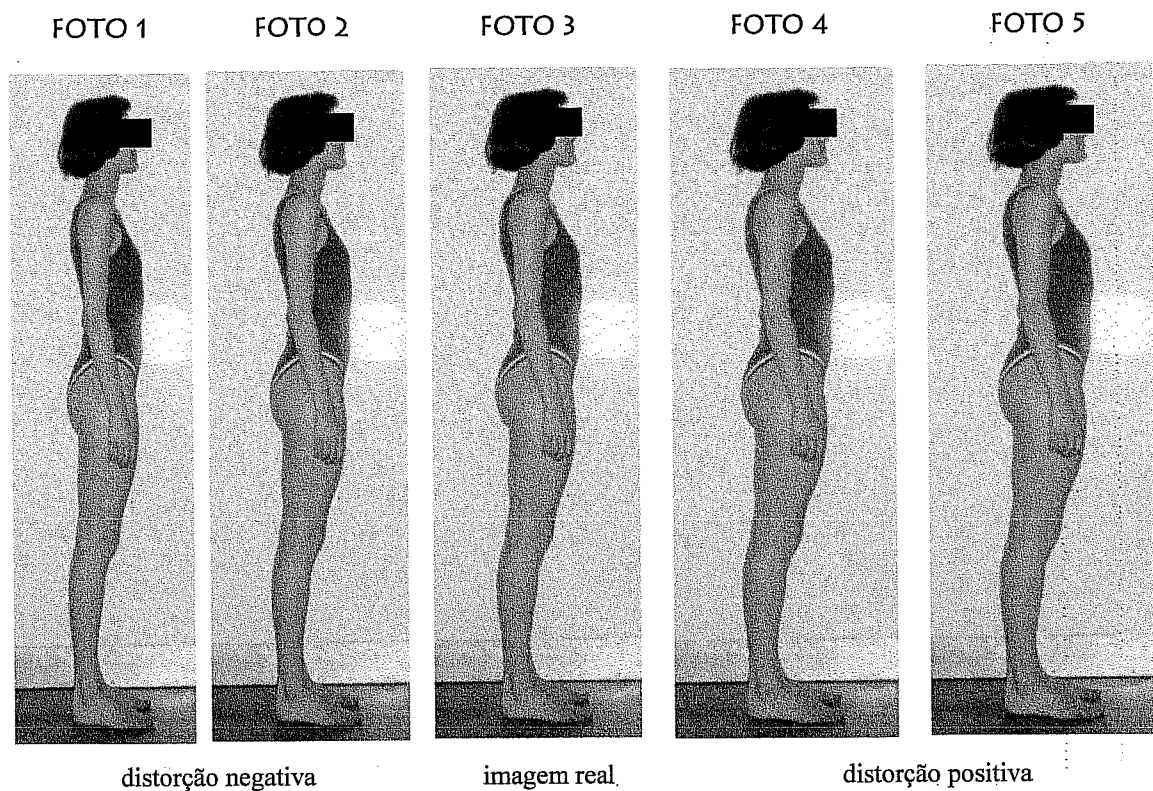
O estudo exploratório iniciou-se uma semana mais tarde, recorrendo agora ao uso de fotografias das próprias pacientes e dos sujeitos normais, em duas séries: de frente e de perfil. Para a fotografia de frente a posição escolhida foi a que melhor valorizava diferentes partes do corpo, proporcionando uma silhueta adaptável à distorção: posição ortostática, pernas ligeiramente afastadas e braços caídos ao longo do corpo.

A inclusão de uma série de fotografias de perfil deve-se ao facto de a percepção das várias partes do corpo ser nitidamente alterada, quando o posicionamento do corpo era diferente.

No teste os sujeitos foram confrontados com duas sequências de 5 fotografias, apresentadas em folhas separadas, uma sequência de frente (Figura 1) e outra de perfil (Figura 2), que incluíam a imagem do próprio sem distorção.



**Fig. 1** - Sequência de fotografias de frente, com distorção negativa (Foto 1 e 2), sem distorção (Foto 3) e com distorção positiva (Foto 4 e 5).



**Fig. 2** - Sequência de fotografias de perfil, com distorção negativa (Foto 1 e 2), sem distorção (Foto 3) e com distorção positiva (Foto 4 e 5).

A escala de cotação ia de 1 a 5, de acordo com o grau de distorção fotográfica: 1=15% de distorção negativa, 2=7% de distorção negativa, 3=sem distorção, 4=7 % de distorção positiva e 5=15% de distorção positiva.

Nos casos em que houve recuperação de peso superior a cinco quilogramas, nas avaliações seguintes a fotografia real era actualizada e distorcida para obtenção de nova série para a técnica de distorção fotográfica.

A distorção das fotografias utilizadas no estudo exploratório, foi obtida de vários modos. Numa primeira fase, as imagens de alguns elementos do grupo experimental foram digitalizadas com scanner e tratadas no programa Top Draw. Outras imagens foram obtidas no programa Adobe Photoshop (versão Macintosh). As imagens dos restantes elementos do grupo experimental e do grupo de controlo foram distorcidas com uma lente anamórfica, através de um método fotográfico mais simples e com resultados idênticos. As várias técnicas utilizadas permitiram apresentar, a todos os sujeitos, imagens com uma distorção fotográfica equivalente, do mesmo tamanho e com qualidade de impressão semelhante.

### ***3.2.1.2 Construção do questionário***

No estudo preliminar efectuado, realizámos entrevistas semi-directivas, baseadas nas fotografias apresentadas aos sujeitos, com o

intuito de recolher indicadores pertinentes para a elaboração do questionário.

Na revisão de literatura já havia suscitado especial interesse a proposta de Garner e Garfinkel (1981) de distinção na imagem corporal de duas componentes: uma perceptual e outra afectiva. Tal distinção poderia conduzir a uma melhor compreensão do fenómeno da perturbação da imagem corporal. O facto de não encontrarmos esta distinção noutros estudos posteriores, levou-nos a concluir que esta proposta não foi retomada por outros autores.

Os estudos sobre a perturbação da imagem corporal, incidiram principalmente sobre a sobrestima do tamanho do corpo, levando a resultados tão díspares como:

- As pacientes anoréticas sobrestimam o tamanho do corpo.
- As pacientes anoréticas subestimam o tamanho do corpo.
- Os sujeitos normais sobrestimam o tamanho do corpo.
- Os sujeitos normais subestimam o tamanho do corpo.
- Os sujeitos normais avaliam correctamente o tamanho do corpo.
- As pacientes anoréticas sobrestimam o tamanho do corpo mais do que os sujeitos normais.

Esta última conclusão é a mais frequentemente encontrada na literatura.

Após esta revisão, tornou-se clara a necessidade de uma melhor compreensão do significado da sobrestima do tamanho do corpo nas populações anorética e normal e do(s) mecanismo(s) da perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa, tentando responder a algumas interrogações levantadas nesta área:

- Como avaliar e diferenciar as componentes (perceptual e afectiva) da imagem corporal?
- Existirá uma perturbação relacionada com partes específicas do corpo (perturbação da forma) e outra relacionada com o corpo todo (perturbação do peso)?

Com estas questões em mente nas entrevistas semi-directivas do estudo preliminar, preparámos o questionário para o estudo exploratório, objecto da nossa investigação, sendo parte dele suscitado por afirmações das pacientes.

O questionário consistia de 3 primeiras perguntas relativas à percepção do corpo todo e as restantes 3 incidiam sobre partes específicas do corpo.

No estudo preliminar, os sujeitos mostraram ver-se correctamente ao espelho, mas revelavam dificuldades em aceitar a sua imagem corporal:

- *"Fui ao quarto da minha mãe e vi-me ao espelho. Não queria acreditar". (IMC=16)*
- *"Ficava chocada quando me via ao espelho mas depois esquecia". (IMC=14)*

Muitas pacientes, quando tentavam definir o seu corpo, separavam o aspecto físico dos sentimentos relativos ao corpo:

- *"É diferente como estou e como sinto o corpo". (IMC=16)*
- *"Comecei a fazer dieta porque me sentia gorda. Não gostava de me ver magra, mas sentia-me gorda". (IMC=14)*

O modo de sentir o corpo era valorizado e diferenciado do modo como o viam. Esta distinção foi novamente observada quando as pacientes fizeram a escolha das fotografias, para avaliação da perturbação da imagem corporal:

- *"Vejo-me ao espelho mas acho que vi mal. Vejo-me na 3ª fotografia (real) ao espelho e imagino-me a 5ª (mais gorda)". (IMC=17)*

Esta componente 'sentir' parecia por vezes sobrepor-se à percepção real do corpo. É possível que a anorética quando se vê ao espelho, proceda a uma dissociação entre a componente perceptual da imagem corporal (modo de ver o seu corpo) e a sua representação mental, interna, baseada numa componente afectiva (modo de sentir o corpo).

Esta constatação vai de encontro à distinção feita por Garner e Garfinkel (1981), das componentes da imagem corporal: componente perceptual e componente afectiva.

Decidimos iniciar o nosso questionário com base nesta separação: o modo de ver e sentir o corpo.

Logo de início pedimos aos sujeitos dos dois grupos que definissem o modo de ver e o de sentir o corpo, tendo como objectivo compreender o seu significado nas populações anorética e normal.

Ao longo do questionário observámos o desagrado dos sujeitos anoréticos para com o seu corpo, incidindo sobre partes específicas do mesmo, verificando-se o desejo de atenuar as suas formas:

- *"Não gostava de ser nenhuma destas fotografias porque a cintura e as ancas tinham de ser menos largas e a barriga para dentro". (IMC=14)*
- *"Gostava de ser a 1ª fotografia por causa das curvas. Gostava de não ter curvas. Não gosto do meu corpo desde o peito até aos joelhos". (IMC=17)*
- *"Gostava de ser a 3ª mas com cintura da 2ª". (IMC=16)*

Os sujeitos elegiam as partes específicas do corpo que gostariam de modificar, inscrevendo uma cruz à frente de cada parte do corpo.

Outra pergunta do questionário referia-se ao que denominámos 'ideal modificado'. Os sujeitos que desejavam modificar partes do corpo, que imagem escolhiam como ideal depois das modificações

terem sido feitas? O nosso intuito era verificar se existia uma perturbação ao nível do peso ou da forma.

Chegámos assim ao questionário (Anexo III) utilizado em conjunto com a técnica de distorção fotográfica, que elaborámos de acordo com o objectivo da investigação: avaliação da perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa.

### **3.2.2 Inventário de Perturbações Alimentares**

O Inventário de Perturbações Alimentares (Eating Disorder Inventory - EDI-2), avalia características psicológicas e comportamentais das perturbações alimentares, particularmente da anorexia e da bulimia nervosas (Anexo IV).

Adicionalmente, neste estudo, o inventário permitiu o despiste das perturbações alimentares e situações sub-clínicas da anorexia nervosa (sujeitos que não preenchem todos os critérios de diagnóstico), que poderiam estar presentes no grupo de controlo.

Anexo ao EDI-2 encontra-se um questionário sobre a história da doença (Anexo V). Este questionário foi modificado para se adaptar ao grupo de controlo, eliminando perguntas específicas da doença (Anexo VI).

Inicialmente elaborado por Garner, Olmstead, e Polivy (1983), o EDI continha 8 subescalas, num total de 64 itens.

As três primeiras subescalas, dizem respeito às atitudes e comportamentos relacionados com a comida e a forma do corpo:

- ***Desejo de Emagrecer*** - Indica a preocupação com a dieta, com o peso e a perseguição extrema à magreza.
- ***Bulimia*** - indica a tendência para comer em excesso, descontroladamente. A presença ou ausência de episódios de voracidade alimentar compulsiva diferencia o subtipo bulímico do subtipo restritivo da anorexia nervosa.
- ***Insatisfação Corporal*** - reflecte a insatisfação com a forma e tamanho de partes específicas do corpo (barriga, coxas, ancas e nádegas).

As outras cinco subescalas referem-se a características psicológicas identificadas como aspectos da psicopatologia das perturbações alimentares:

- ***Ineficácia*** - avalia os sentimentos de inadequação geral, insegurança, desvalorização, vazio e falta de controlo sobre a vida. Cotações elevadas nesta subescala reflectem uma baixa autoestima.
- ***Perfeccionismo*** - indica expectativas pessoais excessivas para objectivos elevados e a crença que só padrões superiores de performance serão aceites pelos outros.
- ***Desconfiança Interpessoal*** - avalia o sentimento geral de alienação do sujeito, a sua relutância em criar amizades e a dificuldade em exprimir os seus pensamentos e sentimentos.

- **Consciência Interoceptiva** - reflecte a confusão e dificuldade em reconhecer e responder correctamente a estados emocionais e às sensações de fome e saciedade.
- **Medo de Maturidade** - indica o desejo de voltar à segurança da infância.

A versão mais recente deste inventário, o EDI-2, realizada por Garner (1991), mantém os 64 itens da versão anterior e 27 novos itens, correspondentes a 3 subescalas. São elas:

- **Ascetismo** - avalia a tendência de procurar a virtude através de ideais espirituais tais como a disciplina, restrição, sacrifício e o controlo dos impulsos físicos.
- **Regulação do Impulso** - indica a tendência para a impulsividade, abuso de substâncias, negligência, hostilidade, relacionamento interpessoal destrutivo e comportamento auto-destrutivo.
- **Insegurança Social** - avalia a crença de que as relações sociais são tensas, inseguras, desapontadoras, pouco gratificantes e em geral pobres.

Cada subescala deste inventário mede uma característica independente, pelo que a interpretação da cotação total não é relevante. Para cada item, o sujeito tem 6 hipóteses de resposta, desde 'sempre' até 'nunca'. As cotações vão de 0 a 3, sendo o valor mais elevado indicativo da presença de sintomatologia mais agravada.

### ***3.2.2.1 Fidedignidade e validade***

A fidedignidade e validade do EDI foi estudada por Garner, Olmstead e Polivy (1983). As 8 subescalas originais do EDI foram deduzidas e empiricamente validadas com o objectivo de diferenciar raparigas com anorexia nervosa de um grupo comparativo sem perturbações alimentares.

Os coeficientes de fidedignidade ( $\alpha$ ) para as subescalas do EDI, variaram entre 0.83 e 0.93, no grupo com perturbações alimentares, enquanto que no grupo comparativo os valores oscilavam entre 0.72 e 0.92. Garner e Olmsted (1984), avaliaram a consistência interna nas 3 novas subescalas, que variou entre 0.70 e 0.80 no grupo anorético e entre 0.44 e 0.80 no grupo comparativo.

Relativamente à validade convergente e discriminante, foi demonstrado haver correlação das subescalas com outros instrumentos psicométricos que avaliam constructos relacionados: 'Eating Attitudes Test', 'Restraint Scale', 'Beck Depression Inventory', 'Feelings of Inadequacy Scale', 'Locus of Control', 'Physical Anhedonia' e 'Hopkins Symptom Checklist'.

As subescalas do EDI que avaliam atitudes e comportamentos relativos à comida, peso e forma estavam mais correlacionadas com instrumentos que avaliam comportamentos alimentares e dietéticos, enquanto que as subescalas que avaliam características psicológicas apresentavam uma correlação mais forte com instrumentos gerais de psicopatologia (Garner et al., 1983). As cotações das 8 subescalas

originais estavam correlacionadas positivamente ( $r = 0.26$  a  $0.71$ ) com o 'Eating Attitudes Test' (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). As subescalas relacionadas com a comida e peso estavam correlacionadas ( $r = 0.44$  a  $0.61$ ) com a 'Restraint Scale' (Herman & Polivy, 1975), que avalia comportamentos restritivos.

A validade concorrente foi confirmada no EDI pelo acordo entre os resultados da autoavaliação e as avaliações clínicas independentes realizadas por terapeutas, variando entre  $0.43$  e  $0.68$ .

Através de uma análise discriminante verificou-se que as subescalas do EDI classificavam correctamente  $85\%$  dos sujeitos anoréticos como pertencentes aos subtipos restritivo e bulímico e que cada uma das 8 subescalas do EDI conseguia diferenciar a população anorética de um grupo comparativo normal (Garner et al., 1983).

Demonstrou-se deste modo que o EDI é um teste fidedigno e válido.

O EDI não deverá ser considerado como uma listagem exaustiva de características psicopatológicas da anorexia nervosa. Outras características da personalidade não incluídas no inventário foram identificadas: obsessionalidade, rigidez, complacência, depressão, introversão, sensibilidade interpessoal, fragilidade do ego e controlo excessivo (Smart, Beumont & George, 1976; Stonehill & Crisp, 1977; Wingate & Christie, 1978; Crisp, 1979; Strober, 1980).

### 3.2.3 Escala 'Body Cathexis'

A escala 'Body Cathexis', criada por Secord e Jourard (1953), avalia a satisfação corporal. Garner e Garfinkel (1981) consideram a insatisfação corporal como um aspecto da perturbação da imagem corporal, encontrando-se associada à sobrestima do tamanho do corpo.

É uma escala de autoavaliação, presentemente com 40 itens (versão reduzida de Tucker, 1983). A cotação vai de 1 (muito insatisfeita) a 5 (muito satisfeita). A cotação total avalia o grau de satisfação corporal (Anexo VII).

A tradução feita a partir do original inglês foi testada, através de um pré-teste, para verificar a compreensão e a clareza dos termos utilizados. Em 8 itens surgiram dúvidas sobre o significado exacto (itens 2, 7, 11, 16, 19, 25, 35 e 37). Nestes itens foi colocada entre parêntesis uma pequena definição, retirada da terminologia da Psicologia Desportiva<sup>6</sup>.

Observou-se em diversos estudos que as atitudes e estilos de resposta na escala 'Body Cathexis' diferem significativamente com os sexos (Jourard & Remy, 1955; Kurtz, 1969; Berscheid, 1974). Noutras investigações verificou-se que as mulheres mostravam uma insatisfação maior do que os homens em relação aos seus atributos físicos (Secord & Jourard, 1953; Lerner, Orlos & Knapp, 1976; Joesting & Clance, 1979; Story, 1979). Outros trabalhos concluíram que os homens tendem a pontuar o aspecto corporal de acordo com a sua eficácia,

---

<sup>6</sup>Glossário de Terminologia de Psicologia Desportiva (1985/86), da Universidade Técnica de Lisboa.

enquanto que as mulheres de acordo com a aparência (Lerner, Orlos & Knapp, 1976).

A relação entre satisfação corporal e autoestima tem sido extensivamente estudada, através da escala 'Body Cathexis', observando-se uma forte correlação entre estas duas variáveis (Johnson, 1956; Weinberg, 1960; Gunderson & Johnson, 1965; Rosen & Ross, 1968; Lerner, Karabenick & Stuart, 1973; Berscheid, Walster & Bohrnstedt, 1973; Berscheid & Walster, 1974).

No entanto, verificou-se que a relação entre satisfação corporal e autoestima não é a mesma para diferentes partes do corpo (Lerner, Karabenick & Stuart, 1973; Berscheid, Walster & Bohrnstedt, 1973; Lerner & Karabenick, 1974; Mahoney & Finch, 1976; Lerner, Orlos & Knapp, 1976; Padin, Lerner & Spiro, 1981), mas ainda não se chegou a um consenso sobre quais as partes do corpo que revelam maior importância para os sujeitos (Mahoney & Finch, 1976).

### ***3.2.3.1 Fidedignidade e validade***

Tucker, L.A. (1981) e Balogun (1986), determinaram como valor do coeficiente de fidedignidade, 0.87 e 0.89, respectivamente, e fizeram teste-reteste, concluindo que a escala 'Body Cathexis' é estável no tempo e possui consistência interna.

Vários estudos concluíram que a escala 'Body Cathexis' faz parte do autoconceito (Fisher, 1970; Wylie, 1974; Tucker, 1981, 1983, 1985;

Franzoi & Shields, 1984). Balogun (1986) comparou 7 subescalas da 'Tennessee Self Concept Scale' com a escala 'Body Cathexis', tendo verificado haver uma correlação significativa entre as duas escalas, concluindo que esta é fidedigna e tem validade de construção.

### **3.3 PROCEDIMENTO**

Iniciou-se o estudo com a recolha de dados sobre o grupo experimental na Consulta de Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria para as pacientes em ambulatório e no Serviço de Psiquiatria do mesmo Hospital para as pacientes internadas. A amostra para o grupo de controlo foi recolhida na Escola Secundária da Cidade Universitária, com a colaboração do Gabinete de Apoio Psicopedagógico (GAP) daquela escola.

Foi realizada uma entrevista individual com as pacientes anoréticas na qual foi explicado o objectivo do trabalho, a importância da colaboração na compreensão da doença e a confidencialidade das respostas. Seguidamente as pacientes responderam a um questionário (anexo ao EDI-2), para elaboração da história da doença. Este questionário foi adaptado ao grupo de controlo e nele encontrava-se por escrito o objectivo do trabalho.

Seguidamente os sujeitos dos dois grupos preencheram o inventário de perturbações alimentares (EDI-2). Aquando da entrega do inventário é dado ao sujeito uma folha com as instruções de resposta e uma folha para respostas. Em média o teste demora cerca de 20 minutos a ser completado.

Por último foi preenchida a escala 'Body Cathexis', que avalia o grau de satisfação corporal.

Estes questionários de autoavaliação foram, no grupo experimental, apresentados individualmente, enquanto que na população normal foram apresentados aos sujeitos em grupo. As instruções destes dois instrumentos foram apresentadas por escrito.

Após a realização destes questionários, os sujeitos foram fotografados individualmente em fato de banho, de frente e de perfil.

As fotografias distorcidas horizontalmente, de 15% mais estreito até 15% mais largo que o tamanho real, foram apresentadas aos sujeitos dos dois grupos, uma semana mais tarde, juntamente com um questionário. Este teste de avaliação da imagem corporal foi realizado nos dois grupos individualmente, permitindo fazer uma análise qualitativa paralela. As instruções foram fornecidas por escrito.

Passados seis meses repetiram-se as avaliações nas pacientes, usando os mesmos instrumentos.

Caso tivesse havido recuperação de peso superior a cinco quilogramas, a fotografia real era actualizada e distorcida para obtenção de nova série para a técnica de distorção fotográfica das avaliações seguintes.

Decorridos seis meses sobre a 2ª avaliação as pacientes realizaram a 3ª e última avaliação.

Todos os instrumentos foram aplicados pelo investigador.

### **3.4 DIFICULDADES METODOLÓGICAS**

As dificuldades metodológicas surgem em qualquer investigação, especialmente quando o estudo incide sobre populações com características patológicas.

A identificação dos problemas metodológicos que surgem na área de investigação das perturbações alimentares, poderá possibilitar uma orientação mais correcta do estudo de questões como a especificidade da perturbação da imagem corporal na patogénese e perpetuação da anorexia nervosa.

Neste trabalho procurámos minimizar a possibilidade de obter resultados incoerentes, como frequentemente encontramos nos estudos revistos, nesta área de investigação.

Para isso realizámos primeiro uma selecção rigorosa dos sujeitos e uma descrição exhaustiva da amostra. Seguidamente o controlo do máximo de variáveis externas ao estudo aquando da recolha dos dados foi efectuado. Assim tivemos em atenção comportamentos que acompanham frequentemente o quadro clínico das pacientes anoréticas, nomeadamente o desejo de agradar e a negação da doença, que condicionam a fidelidade das respostas obtidas. Estes cuidados metodológicos incluíram também a utilização de testes adequados ao estudo da perturbação da imagem corporal, conduzindo à construção de uma técnica de distorção fotográfica adequada às características da população.

### 3.4.1 Seleccção dos Sujeitos

O modo como seleccionamos a amostra é importante, pois permite que esta seja ou não representativa.

Em numerosos estudos não se encontram especificados os **critérios de diagnóstico** utilizados, sendo as pacientes apenas classificadas globalmente como sofrendo de anorexia nervosa. Esta situação conduz a dificuldades na utilização dos resultados desses estudos em avaliações comparativas rigorosas. No presente trabalho, os sujeitos anoréticos foram classificados pelo psiquiatra que realizou a história clínica da paciente, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV.

Deste modo foram excluídos os sujeitos com **síndrome parcial**, ou seja, sujeitos que não preenchiam todos os critérios de diagnóstico de anorexia nervosa (perturbações alimentares não especificadas, segundo o DSM-IV). Contudo esta categoria de sujeitos poderá ter sido incluída em alguns estudos revistos, em que os critérios de diagnóstico não foram rigorosamente seguidos.

De igual modo, a classificação pelo DSM-IV das anoréticas em **subtipos restritivo e bulímico**, devido a diferenças significativas existentes entre estes dois subgrupos, conduziu à exclusão das anoréticas bulímicas. Estas pacientes, nomeadamente no modo de perder peso, com recurso a drogas, abuso de laxantes e diuréticos e indução do vômito, deverão ser tratadas como um grupo distinto, para efeitos de investigação e tratamento. A amostra foi assim constituída por pacientes anoréticas

restritivas, que perdem peso somente pela restrição contínua dos alimentos.

Nos estudos revistos, observámos que as amostras foram constituídas sobretudo por pacientes internadas em centros especializados no tratamento de perturbações alimentares. Frequentemente, isto significa que as pacientes já passaram por múltiplos tratamentos não sucedidos, predominando portanto nestes estudos, os **casos crónicos**. Estas amostras não são representativas da doença e dificultam a compreensão da sua evolução.

No nosso estudo metade das pacientes haviam estado internadas e as restantes tinham sido sempre seguidas em regime ambulatorio na Consulta de Comportamento Alimentar, do Hospital de Santa Maria. As pacientes sofriam de anorexia nervosa em média há um ano (variando entre 6 meses e 6 anos). Assim tentámos obter uma amostra representativa desta população.

### **3.4.2 Tamanho da Amostra**

A representatividade da amostra depende não só da selecção dos sujeitos, como do número de casos incluídos. No entanto, o tamanho da amostra só é determinante do poder do teste estatístico. Em estudos referidos a populações com características muito específicas, o número de sujeitos é decidido em parte pelas circunstâncias. Assim o mais importante nesta investigação foi a **representação do grupo**, descrito de modo exaustivo. Esta situação permitiu-nos excluir o máximo de factores

externos ao estudo, aumentando assim a capacidade de fazer inferências válidas.

Neste trabalho, as eventuais limitações relativas ao tamanho da amostra não impediram que atingíssemos os nossos objectivos. Privilegiámos a análise qualitativa e escolhemos os métodos estatísticos mais adequados, sem comprometer o rigor da investigação.

Nas 3 avaliações previstas, a serem realizadas neste estudo pelas pacientes anoréticas restritivas seleccionadas, contribuíram para a **diminuição da amostra** as seguintes situações:

- Recusa de participação no estudo em 4 casos. Pensamos que o voluntariado nestes trabalhos tem de ser respeitado e não deve haver pressão sobre estas pacientes para participarem.
- Recusa de avaliação na fase aguda da doença em 5 casos, altura em que frequentemente o contacto com as pacientes é difícil, sendo realizadas as avaliações a partir da fase de recuperação.
- Desistências de 3 sujeitos, que efectuaram apenas uma avaliação, por motivos de perda de contacto ou não comparência à consulta. Um dos motivos referidos para esta última situação, que sucedia por vezes na fase de recuperação, era não quererem que as outras pacientes as vissem “*assim gordas*”.

- Estudo incompleto em 3 sujeitos, que realizaram apenas 2 avaliações por terem sido incluídos na amostra a meio do estudo.
- Inadequação aos parâmetros estabelecidos, sendo uma paciente excluída da amostra no fim do estudo, por motivos de desajustamento etário e escolar, relativamente à amostra.

Finalmente, constituímos a amostra com 13 pacientes anoréticas restritivas, com avaliações previstas abrangendo nas 3 fases da doença: aguda, recuperação e follow-up, ao longo de 20 meses.

Na **fase follow-up** foram incluídos apenas 3 sujeitos. Para além dos motivos acima indicados, surgiu outro factor, que se prende com a evolução da doença ter sido mais lenta do que inicialmente previsto, sobretudo da fase de recuperação para a follow-up. Para além disso, um dos factores que caracteriza esta última fase é o retorno da menstruação. Esta condição essencial para a cura da síndrome é a que leva mais tempo a ser preenchida, sendo este o motivo que não permitiu incluir algumas pacientes na fase follow-up aquando da recolha dos dados.

### 3.4.3 Recolha de Dados

Nos estudos revistos foi difícil encontrar referência às **fases da doença** e quando isso acontecia estas não eram caracterizadas. No entanto, diferentes problemas se colocam em cada fase da anorexia

nervosa, nomeadamente na fase aguda a negação da doença e na fase de recuperação o medo da perda de controlo. Nestas situações revelou-se de grande importância o modo como as questões eram colocadas e ter em conta estas características na interpretação dos resultados.

Uma característica com a qual fomos frequentemente confrontados neste estudo, foi o **desejo de agradar** presente nestas pacientes, levando-as a orientar as respostas aos questionários nesse sentido. Por exemplo, verificámos no início da investigação, que quando as pacientes eram questionadas sobre o seu peso ideal, era sempre referido o peso que era correcto para a sua idade e altura (o peso estabelecido pelo médico). Este problema foi ultrapassado reformulando a questão, permitindo assim à paciente indicar qual o peso desejado, independentemente do prescrito pelo médico.

Os problemas metodológicos também existem frequentemente na **auto-avaliação**, em que o desejo de aprovação social poderá influenciar o julgamento do sujeito. Por estes motivos, os testes de auto-avaliação foram realizados em entrevistas individuais na população anorética.

Os **instrumentos** utilizados devem ser adequados à população estudada. Tendo em conta as dificuldades existentes nas técnicas revistas para avaliação do tamanho do corpo, elaborámos neste estudo uma técnica de distorção fotográfica. Para verificarmos se esta técnica era adequada, efectuámos um estudo preliminar. Neste trabalho estivemos sempre atentos às dificuldades inerentes à utilização do corpo enquanto objecto de estudo.

No estudo da perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa é importante registar o **peso mais elevado** verificado em pacientes anteriormente obesas. Quando estas doentes recuperam e atingem o peso considerado correcto em relação ao padrão geral da população, não o será relativamente à sua história de peso. Este facto pode influenciar a avaliação da percepção do corpo. Neste trabalho tivemos em atenção estas situações e verificámos que não existiam sujeitos anteriormente obesos. A média do IMC mais elevado era de 21 e o máximo individual foi de 23, encontrando-se portanto dentro do normal. Entre os sujeitos anoréticos que se recusaram a participar no estudo, alguns tinham sido obesos.

## **CAPÍTULO IV**

# **ANÁLISE DOS RESULTADOS**

## 4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Nesta investigação utilizámos um método de avaliação da imagem corporal no estudo da perturbação da imagem corporal. Complementarmente aplicámos um Inventário de Perturbações Alimentares, para avaliação de características psicológicas e comportamentais das perturbações alimentares e a escala Body Cathexis, indicadora da satisfação corporal. Os resultados da aplicação dos três instrumentos utilizados foram tratados estatisticamente.

No método de avaliação da imagem corporal foi realizada primeiro uma análise estatística descritiva geral.

A análise dos resultados realizada com o teste *t* de student, teste não paramétrico de significância utilizado com amostras pequenas, permitiu comparar as médias das fases aguda e recuperação do grupo experimental com o grupo de controlo, verificando se as diferenças encontradas entre os dois grupos eram significativas. Este teste de diferença entre médias foi utilizado nos 3 instrumentos desta investigação.

No método de avaliação da imagem corporal surgiram casos em que se comparou frequências em células menores ou igual a 4, o que tornaria a aproximação do  $\chi^2$  incorrecta. Nestas situações utilizou-se o programa de análise estatística Actus. Este consiste na aplicação de técnicas de simulação de dados para amostras pequenas, de acordo

com Estabrook, C. e Estabrook, G. (1989). Deste modo, nos casos com pequenas frequências, só aparecerá na análise dos resultados a probabilidade associada.

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para comparação das subescalas do EDI-2 e a satisfação corporal obtida na escala Body Cathexis.

Os programas de análise estatística utilizados foram o Statística (versão 4.3) e o Actus, aplicado a microcomputadores.

Os resultados dos tratamentos estatísticos encontram-se em anexo (anexo VIII).

## **4.2 RESULTADOS**

Os resultados deste trabalho tentaram responder às perguntas colocadas na área da perturbação da imagem corporal. Para isso utilizámos um método de avaliação da perturbação da imagem corporal, em que as respostas dos sujeitos a um questionário foram obtidas através da escolha de fotografias apresentadas. Complementarmente aplicámos o inventário EDI-2 e a escala Body Cathexis.

### **4.2.1 Componentes da Imagem Corporal**

No questionário utilizado para avaliação da imagem corporal separámos as suas componentes. Começámos por comparar as definições dadas às componentes perceptual e afectiva pelos dois grupos. Seguidamente apresentamos os resultados obtidos na escolha de fotografias, através da técnica de distorção fotográfica, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo. Finalmente estes resultados foram sintetizados, dando ênfase às diferenças significativas encontradas. No estudo das componentes perceptual e afectiva, obtivemos os seguintes resultados:

#### **4.2.1.1 Definição**

No método de avaliação da imagem corporal, foi pedido aos sujeitos de ambos os grupos uma definição para o modo de ver e para o

modo de sentir o corpo, permitindo assim clarificar o significado destes conceitos, tanto para as pacientes como para os sujeitos normais.

**Quadro 6** - Percentagens e frequências de respostas sobre o modo de ver e sentir o corpo, relativamente às **definições**, dadas pelos grupos experimental e controlo.

<b>Componentes da imagem corporal</b>	<b>G. Experimental</b>	<b>G. Controlo</b>
<b>Definições diferentes</b>	77% (10)	21% (3)
<b>Definições equivalentes</b>	23% (3)	79% (11)

Verificamos pelo quadro 6, que a maioria dos sujeitos do grupo experimental diferencia o modo de ver, do modo de sentir o corpo. Relativamente ao modo como veem o seu corpo, as pacientes afirmam que é *"como me vejo ao espelho"*, mas acrescentam que frequentemente *"inclui o que os outros dizem"*. O modo de sentir o corpo *"é mais pessoal, é como me vejo sem olhar para o espelho"*.

Os sujeitos do grupo experimental que consideram as definições equivalentes, contradizem-se nas suas justificações:

- *"ver e sentir o corpo coincidem, mas às vezes não"*
- *"é diferente o que os outros dizem sobre o meu corpo e o que eu vejo"*, tendo dificuldade em compreender esta diferença.
- *"o modo de ver o corpo é como ver-me ao espelho"* e *"o modo de sentir o corpo é como me vejo na mente"*, afirmando no entanto que são iguais.

No grupo de controlo observou-se que a maioria dos sujeitos definem o modo de ver e sentir o corpo como “*equivalentes*”, pois “*não é possível separá-las*”, afirmando que “*uma implica necessariamente a outra*”.

Os sujeitos normais que diferenciam estas componentes da imagem corporal, são os mesmos que haviam referido na entrevista preliminar, episódios antigos de restrição alimentar (que já não sucedem há alguns anos).

Deste modo verificamos que os grupos experimental e de controlo dão respostas significativamente diferentes ( $p = .007$ ) nas suas definições, relativamente ao modo de ver e sentir o corpo.

#### **4.2.1.2 Avaliação**

Foi realizada uma análise descritiva dos resultados obtidos através da técnica de distorção fotográfica, referentes às componentes afectiva e perceptual da imagem corporal. Nestas componentes estudámos as fases da doença do grupo experimental e o grupo de controlo, nas séries de fotografias apresentadas aos sujeitos, de frente e lado.

Seguidamente foram analisadas as diferenças significativas intra e inter grupos.

**Quadro 7** - Percentagens e frequências de respostas relativamente ao modo de ver o corpo, de frente, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

FRENTE	Grupo Experimental			Grupo Controlo
	F. Aguda	F. Recuperação	F. Follow-up	
<b>distorção negativa</b>	62.5 (5)	20 (2)	67 (2)	50 (7)
<b>tamanho real</b>	25 (2)	30 (3)	0	50 (7)
<b>distorção positiva</b>	12.5 (1)	50 (5)	33 (1)	0

Observamos no quadro 7, que na série de frente, 62.5% das pacientes na fase aguda se vêem ‘mais magras’ do que são na realidade (escolhem fotografia com distorção negativa), enquanto que na fase de recuperação 50% se vêem ‘mais gordas’ (escolhem fotografia com distorção positiva). Verificamos que os sujeitos da população normal se vêem correctamente ou ‘mais magros’ do que são na realidade.

**Quadro 8** - Percentagens e frequências de respostas relativamente ao modo de ver o corpo, de perfil, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

PERFIL	Grupo Experimental			Grupo Controlo
	F. Aguda	F. Recuperação	F. Follow-up	
<b>distorção negativa</b>	50 (4)	10 (1)	33.3 (1)	57 (8)
<b>tamanho real</b>	37.5 (3)	30 (3)	33.3 (1)	43 (6)
<b>distorção positiva</b>	12.5 (1)	60 (6)	33.3 (1)	0

Na série de perfil, verificamos no quadro 8, que na fase aguda, 50% das pacientes se vêem ‘mais magras’ do que são na realidade (escolhem fotografia com distorção negativa) enquanto que na fase de

recuperação 60% se vêem ‘mais gordas’ (escolhem fotografia com distorção positiva). Observamos que 57% dos sujeitos normais se vêem ‘mais magros’ do que realmente são.

**Quadro 9** - Percentagens e frequências de respostas relativamente ao modo de sentir o corpo, de frente, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

FRENTE	Grupo Experimental			Grupo Controlo
	F. Aguda	F. Recuperação	F. Follow-up	
<b>Sentir</b>				
<b>distorção negativa</b>	25 (2)	10 (1)	33.3 (1)	50 (7)
<b>tamanho real</b>	12.5 (1)	10 (1)	33.3 (1)	50 (7)
<b>distorção positiva</b>	62.5 (5)	80 (8)	33.3 (1)	0

Verificamos relativamente ao modo de sentir o corpo, no quadro 9, que na série de frente, 62.5% das pacientes na fase aguda e 80% na fase de recuperação se sentem ‘mais gordas’ do que são na realidade (escolhem fotografia com distorção positiva). Observamos que os sujeitos da população normal se vêem correctamente ou ‘mais magros’ do que são na realidade.

**Quadro 10** - Percentagens e frequências de respostas relativamente ao modo de sentir o corpo, de perfil, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

PERFIL	Grupo Experimental			Grupo Controlo
	F. Aguda	F. Recuperação	F. Follow-up	
<b>Sentir</b>				
<b>distorção negativa</b>	25 (2)	10 (1)	0	57 (8)
<b>tamanho real</b>	12.5 (1)	30 (3)	67 (2)	43 (6)
<b>distorção positiva</b>	62.5 (5)	60 (6)	33 (1)	0

Na série de perfil, observamos no quadro 10, que 62.5% das pacientes na fase aguda e 80% na fase de recuperação se sentem 'mais gordas' do que são na realidade (escolhem fotografia com distorção positiva). Observamos que 57% dos sujeitos normais se vêem 'mais magros' do que realmente são.

Sintetizando os dados obtidos na estatística descritiva relativos às componentes afectiva e perceptual da imagem corporal, seguidamente observamos nos quadros 11 e 12, as diferenças significativas inter e intragrupos encontradas.

**Quadro 11** - Médias intergrupos e intragrupos relativas ao modo de ver e sentir o corpo, na série de frente, com respectivas t de student para as fases aguda e de recuperação do grupo experimental e no grupo de controlo.

FRENTE	G. Experimental (1)		G. Controlo (2)		
	F. Aguda (a)	F. Recuperação (b)	1a/2	1b/2	
	Média			Valor de t	
<b>Ver</b>	1.5	2.3	1.5	.00	2.9 **
<b>Sentir</b>	2.4	2.7	1.5	2.8 **	4.9 **
Valor de t	-2.9 *	-2.4 *	---		

\* significância a  $p < .05$

\*\* significância a  $p < .01$

No quadro 11, verificamos nos resultados intragrupo que as pacientes vêem e sentem o corpo de modo significativamente diferente, enquanto que os sujeitos normais consideram equivalentes estas duas componentes da imagem corporal, respondendo de modo semelhante.

**Quadro 12** - Médias intergrupos e intragrupos relativas ao **modo de ver e sentir o corpo**, na série de perfil, com respectivas t de student para as fases aguda e de recuperação do grupo experimental e no grupo de controlo.

PERFIL	G. Experimental (1)		G. Controlo (2)		
	F. Aguda (a)	F. Recuperação (b)	1a/2	1b/2	
	Média			Valor de t	
<b>Ver</b>	1.6	2.3	1.4	.73	3.1 **
<b>Sentir</b>	2.4	2.5	1.4	3.1**	4.3 **
Valor de t	-2.0	-1.5	---		

\* significância a  $p < .05$

\*\* significância a  $p < .01$

Observamos nas médias intergrupos, na série de fotografias de frente e de perfil, uma diferença altamente significativa no modo como as pacientes vêem o corpo na fase de recuperação relativamente aos sujeitos normais, por um lado, e no modo como as pacientes sentem o corpo ao longo da doença comparando com os sujeitos normais, por outro.

#### 4.2.2 Perturbação do Peso e da Forma

Para responder à questão colocada neste trabalho, sobre a existência de uma perturbação relacionada com o peso ou a forma do corpo na anorexia nervosa, debruçámo-nos sobre a escolha do corpo ideal, a identificação de partes específicas do corpo que os sujeitos desejam modificar e a escolha do que designámos por ideal modificado. Obtivemos os seguintes resultados:

#### 4.2.2.1 *Corpo ideal*

Primeiro observámos a escolha do corpo ideal realizada pelos dois grupos, através da técnica de distorção fotográfica, na série de frente (quadro 13) e de perfil (quadro 14). Seguidamente verificámos (quadro 15) as diferenças significativas intergrupos encontradas.

**Quadro 13** - Percentagens e frequências de respostas relativamente à escolha do **corpo ideal**, de frente, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

<b>FRENTE</b>	<b>Grupo Experimental</b>			<b>Grupo Controlo</b>
	<b>F. Aguda</b>	<b>F. Recuperação</b>	<b>F. Follow-up</b>	
<b>Corpo ideal</b>				
<b>distorção negativa</b>	37.5 (3)	60 (6)	100 (3)	71.5 (10)
<b>tamanho real</b>	12.5 (1)	30 (3)	0	28.5 (4)
<b>distorção positiva</b>	50 (4)	10 (1)	0	0

Quanto ao corpo ideal escolhido, verificamos no quadro 13, relativamente à série de frente, que 50% das pacientes na fase aguda desejam um corpo 'mais gordo' (escolhem fotografia com distorção positiva), enquanto 60% na fase de recuperação do grupo experimental e 71.5% da população normal, desejam um corpo 'mais magro'.

**Quadro 14** - Percentagens e frequências de respostas relativamente à escolha do **corpo ideal**, de perfil, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

<b>PERFIL</b>	<b>Grupo Experimental</b>			<b>Grupo Controlo</b>
	<b>F. Aguda</b>	<b>F. Recuperação</b>	<b>F. Follow-up</b>	
<b>Corpo ideal</b>				
<b>distorção negativa</b>	25 (2)	70 (7)	100 (3)	78.5 (11)
<b>tamanho real</b>	12.5 (1)	20 (2)	0	21.5 (3)
<b>distorção positiva</b>	62.5 (5)	10 (1)	0	0

Na série de perfil, os valores aumentam relativamente à série de frente. Observamos no quadro 14 que 62.5% de pacientes na fase aguda desejam um corpo ‘mais gordo’, enquanto 70% das pacientes na fase de recuperação e 78.5% do grupo de controlo de sejam um corpo ‘mais magro’.

**Quadro 15** - Médias intergrupos relativas ao **corpo ideal**, com respectivas t de student para as fases aguda e de recuperação do grupo experimental e no grupo de controlo.

	G. Experimental (1)		G. Controlo (2)		
	F. Aguda (a)	F. Recuperação (b)	1a/2	1b/2	
<b>Corpo ideal</b>	Média			Valor de t	
<b>Ideal frente</b>	2.1	1.5	1.3	2.7 **	.89
<b>Ideal perfil</b>	2.4	1.4	1.2	4.0 **	.80

\* significância a  $p < .05$

\*\* significância a  $p < .01$

Encontramos, no quadro 15, uma diferença altamente significativa na escolha do corpo ideal realizada pelas pacientes na fase aguda e pelos sujeitos normais. As pacientes na fase de recuperação vão-se aproximar da escolha realizada pela população normal.

#### 4.2.2.2 *Identificação de partes específicas do corpo*

Os resultados seguintes dizem respeito aos sujeitos que desejam modificar partes do corpo através do método de avaliação da imagem corporal, e sua identificação, na série de frente e de perfil.

**Quadro 16** - Percentagens e frequências de respostas relativas ao desejo de **modificar partes do corpo**, na série de frente e perfil, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

<b>Modificação corpo</b>	<b>G. Experimental</b>			<b>G. Controlo</b>
	<b>F. Aguda</b>	<b>F. Recuperação</b>	<b>F. Follow-up</b>	
<b>Série de frente</b>	62.5%(5)	80% (8)	100%(3)	28.5% (4)
<b>Série de perfil</b>	62.5% (5)	50% (5)	67%(2)	43% (6)

Observamos no Quadro 16, que a maioria das pacientes deseja modificar partes do corpo, especialmente na fase de recuperação, enquanto que o desejo manifesto pelos sujeitos normais é significativamente menor ( $p = .012$ ).

Verificamos seguidamente nos quadros 17 e 18, respeitantes à modificação de partes específicas do corpo, que esta traduz-se, em ambos os grupos na atenuação das formas do corpo, exceptuando os braços e pernas, que desejam aumentar.

**Quadro 17** - Percentagens e frequências relativas às **partes do corpo** que desejam modificar, na série de frente, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

<b>FRENTE</b>	<b>G. Experimental</b>			<b>G. Controlo</b>
	<b>F. Aguda</b>	<b>F. Recuperação</b>	<b>F. Follow-up</b>	
<b>braços</b>	12.5 (1)	0	0	0
<b>cintura</b>	12.5 (1)	60 (6)	0	7 (1)
<b>ancas</b>	12.5 (1)	60 (6)	0	7 (1)
<b>coxas</b>	12.5 (1)	40 (4)	0	0
<b>pernas</b>	25 (2)	50 (5)	100 (3)	14 (2)

No quadro 17, encontramos uma diferença significativa entre as pacientes em recuperação e os sujeitos normais, relativamente à cintura ( $p = .006$ ), ancas ( $p = .006$ ) e coxas ( $p = .004$ ).

**Quadro 18** - Percentagens e frequências relativas às **partes do corpo** que desejam modificar, na série de perfil, nas fases do grupo experimental e no grupo de controlo.

PERFIL	G. Experimental			G. Controlo
	F. Aguda	F. Recuperação	F. Follow-up	
<b>braços</b>	25 (2)	0	0	0
<b>peito</b>	0	20 (2)	33 (1)	7 (1)
<b>barriga</b>	12.5 (1)	40 (4)	0	14 (2)
<b>nádegas</b>	12.5 (1)	40 (4)	33 (1)	14 (2)
<b>pernas</b>	25 (2)	40 (4)	67 (2)	7 (1)

Observamos no quadro 18 que as pacientes anoréticas, especialmente na fase de recuperação, desejam diminuir a barriga e nádegas.

#### 4.2.2.3 *Ideal modificado*

Seguidamente comparou-se o ideal corporal escolhido antes e depois da modificação das partes do corpo. O objectivo foi verificar se ‘diminuir’ as formas do corpo tinha influência na escolha do ideal. Os sujeitos que escolheram modificar partes do corpo responderam ao que designámos por ideal modificado: que fotografia escolheria agora como ideal? As respostas possíveis a esta questão compreendem 3 hipóteses:

- escolher uma fotografia 'mais gorda' relativamente à fotografia selecionada para o corpo ideal.
- escolher a mesma fotografia que para ao corpo ideal.
- escolher uma fotografia 'mais magra', relativamente à fotografia selecionada para o corpo ideal.

Os resultados destas análises, que só incluem os sujeitos que desejaram modificar partes do corpo, encontram-se resumidos nos quadros 19 e 20.

**Quadro 19** - Frequências das respostas relativas à modificação de partes do corpo e à escolha de um **ideal modificado**, de frente, relativamente ao ideal anterior escolhido.

<b>FRENTE</b>	<b>G. Experimental</b>			<b>G. Controlo</b>
	<b>F. Aguda</b>	<b>F. Recuperação</b>	<b>F. Follow-up</b>	
<b>'+ gordo' que o ideal</b>	2	3	1	0
<b>= ideal</b>	3	5	2	4
<b>'+ magro' que o ideal</b>	0	0	0	0

Podemos observar no quadro 19, que das 8 pacientes na fase de recuperação que modificaram partes do corpo, 3 escolheram um ideal com mais peso, enquanto que as restantes mantiveram o ideal escolhido antes da modificação das partes do corpo. Os 4 sujeitos do grupo de controlo escolhem sempre a mesma fotografia para o ideal e para o ideal modificado.

**Quadro 20** - Frequências das respostas relativas à modificação de partes do corpo e à escolha de um **ideal modificado**, de perfil, relativamente ao ideal anterior escolhido.

PERFIL	G. Experimental			G. Controlo
	F. Aguda	F. Recuperação	F. Follow-up	
'+ gordo' que o ideal	1	2	1	0
= ideal	4	3	1	6
'+ magro' que o ideal	0	0	0	0

Verificamos no quadro 20, que das 5 pacientes na fase de recuperação que modificaram partes do corpo, 2 escolheram um ideal com mais peso, enquanto que as restantes mantiveram o ideal escolhido antes da modificação das partes do corpo. Os 6 sujeitos do grupo de controlo escolhem sempre a mesma fotografia para o ideal e para o ideal modificado.

### 4.2.3 Atitudes Corporais

As subescalas do inventário de perturbações alimentares (EDI-2), avaliam características psicológicas e atitudes relacionadas com comida e forma do corpo. Vamos centrar a análise do inventário nas atitudes para com o corpo e sua relação com outras características presentes.

**Quadro 21** - Média das subescalas do **EDI-2**, para as fases do grupo experimental e o grupo de controle e valores de t.

SUBESCALAS EDI	G. Experimental (1)			G. Controle (2)		
	Aguda (a)	Recuperação (b)	Follow-up	1a/2	1b/2	
	Média				Valor de t	
Desejo de Emagrecer	7.1	10.2	8.0	2.5	2.4*	3.8**
Bulimia	.50	4.5	3.3	2.4	-2.4*	1.1
Insatisfação Corporal	9.1	10.9	11.0	5.0	1.6	1.9
Ineficácia	5.5	7.4	7.0	3.1	.92	1.7
Perfeccionismo	5.2	6.0	5.6	4.1	.68	1.2
Desconfiança Interpessoal	7.2	6.7	3.6	2.8	2.7*	2.4*
Consciência Interoceptiva	6.5	7.8	7.3	5.3	.45	1.0
Medo da Maturidade	8.4	7.2	14.0	5.8	1.5	.55
Asceticismo	4.4	4.5	5.0	2.5	1.4	1.5
Regulação do Impulso	4.0	6.7	8.0	3.6	.12	1.2
Insegurança Social	10.0	8.9	8.3	4.5	2.1*	2.0*

\* significância a  $p < .05$

\*\* significância a  $p < .01$

Nas subescalas relacionadas com o corpo, observamos no quadro 21, que as médias das subescalas Desejo de Emagrecer e Insatisfação Corporal vão aumentando da fase aguda para a fase de recuperação. O desejo de emagrecer nas pacientes é significativamente diferente relativamente aos sujeitos normais, enquanto que a insatisfação corporal é tangencialmente significativa ( $p = .06$  para  $t = 1.94$ ). Assim, nas pacientes, à medida que se aproximam do peso normal, aumenta o medo de ficarem gordas e a insatisfação com as partes específicas do corpo.

Nas pacientes anoréticas, o medo de engordar poderá estar associado com a subida verificada na fase de recuperação da subescala Bulimia, em que o receio de “*não conseguir parar de comer*” é frequente nesta fase.

No que diz respeito às características psicológicas, no grupo experimental as subescalas Desconfiança Interpessoal e Insegurança Social, encontramos uma diferença significativa ao longo da doença, relativamente aos sujeitos normais. Estes valores podem estar relacionados com o isolamento e dificuldade de comunicação existente nas pacientes.

#### 4.2.4 Satisfação Corporal

Através da escala body cathexis avaliou-se a satisfação corporal nos dois grupos. Seguidamente foi realizada uma correlação entre as subescalas da EDI-2 e a cotação total da escala Body Cathexis.

**Quadro 22** - Média da cotação total obtida na escala **Body Cathexis** com diferenças significativas entre as fases do grupo experimental e o grupo de controlo.

	G. Experimental (1)		G. Controlo (2)	
	F. Aguda (a)	F. Recuperação (b)	1a/2	1b/2
	Média			Valor de t
<b>Body Cathexis</b>	2.9	3.2	3.5	-2.6 * -1.5

\* significância a  $p < .05$

Observamos no quadro 22 uma diferença significativa entre a fase aguda do grupo experimental e o grupo de controlo ( $t = -2.6$  para  $p < .05$ ), relativamente à satisfação corporal.

Relativamente à correlação entre as subescalas do EDI-2 e a satisfação corporal encontrada através da escala Body Cathexis, verificámos no grupo experimental que para as pacientes na fase aguda, a satisfação corporal correlacionava-se com a subescala Perfeccionismo (-.76), associada a exigências de performance, enquanto que na fase de recuperação correlacionava-se com a subescala Insatisfação Corporal (-.77), associada às formas do corpo.

No grupo de controlo a satisfação corporal correlacionava-se com as subescalas Ineficácia (-.72) e Insegurança Social (-.71), associada a sentimentos de desvalorização e dificuldades nas relações sociais, que podemos relacionar com uma baixa autoestima.

**CAPÍTULO V**

**DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

Desde os trabalhos de Bruch (1970) que se tem estudado o que a autora designou por ‘perturbação da imagem corporal’. Este fenómeno característico da anorexia nervosa tem vindo desde então a suscitar o interesse da investigação, centrada especificamente na avaliação da percepção do tamanho do corpo.

Os primeiros estudos efectuados na área da perturbação da imagem corporal conduziram a resultados contraditórios. De facto, enquanto que nos estudos em populações normais se verificou que as mulheres tendiam a sobrestimar o tamanho do corpo, noutros trabalhos comparativos com populações anoréticas concluiu-se que os sujeitos normais avaliavam correctamente o tamanho do corpo e que as pacientes anoréticas o sobrestimavam.

Várias críticas metodológicas têm sido feitas às técnicas utilizadas no estudo da perturbação da imagem corporal, sem se chegar a conclusões definitivas. Da comparação das diversas técnicas, verificou-se que conduziam à avaliação de aspectos diferentes da imagem corporal.

As investigações têm prosseguido mas os resultados têm-se mantido inconsistentes.

## **5.1 DISCUSSÃO**

Neste trabalho tentámos clarificar alguns aspectos da perturbação da imagem corporal, de modo a compreender o significado da sobrestima do tamanho do corpo nas populações anorética e normal e os resultados contraditórios obtidos nos estudos revistos. Para isso debruçámo-nos sobre as técnicas utilizadas na avaliação do tamanho do corpo, analisando as dificuldades existentes.

No presente estudo exploratório para avaliação da perturbação da imagem corporal, constituído pela adaptação de uma técnica de distorção fotográfica, permitiu aos sujeitos, através da escolha das suas fotografias, responder ao questionário elaborado, de modo a distinguir as diferentes componentes da imagem corporal, por um lado, e a avaliar partes específicas do corpo, por outro.

### **5.1.1 Componentes da Imagem Corporal**

Seguidamente discutimos as componentes perceptual e afectiva da imagem corporal, que diferenciámos, por um lado, qualitativamente através das definições dadas pelos sujeitos, e por outro, quantitativamente, através da escolha das fotografias apresentadas.

### 5.1.1.1 *Componente perceptual*

Observámos que os **sujeitos anoréticos** não apresentavam uma perturbação perceptual pois *viam-se correctamente ao espelho*. Outros estudos afirmam também que a sobrestima do corpo não está relacionada com uma perturbação perceptual (Meerman, 1983; Birtchnell, Dolan & Lacey, 1987; Dolce, Thompson, Register & Spana, 1987; Dolan et al, 1987).

Nas **pacientes anoréticas** constatámos que a componente perceptual, ou seja o *modo como os sujeitos vêem o corpo*, variava ao longo da doença.

Verificámos que as pacientes na **fase aguda** se vêem mais '*magras*' do que são na realidade, apoiando outro trabalho (Meerman, 1983), embora nele a fase da doença não esteja discriminada. Os resultados obtidos em dois *estudos longitudinais* (Strober et al, 1979; Brinded et al, 1990) realizados nesta fase da doença para avaliação do tamanho do corpo, não apoiam o nosso trabalho. No entanto as razões podem ser de ordem metodológica: atribuímos a sobrestima encontrada no primeiro estudo ao facto de não terem sido consideradas, aquando da avaliação do tamanho do corpo, as componentes perceptual e afectiva. No outro trabalho, que obteve resultados contraditórios, consideramos que o tempo entre avaliações foi insuficiente para os sujeitos integrarem a sua nova imagem, não permitindo assim tirar conclusões válidas.

Na **fase de recuperação**, as anoréticas viam-se mais '**gordas**' que a realidade, apoiando estudos que utilizaram o método de distorção óptica (Garner et al, 1976; Norris, 1984; Touyz et al, 1984; Thompson, 1987). A ausência de referência à fase da doença, na maioria dos estudos, não nos permitiu comparar resultados. Este facto terá certamente contribuído para a inconsistência dos trabalhos revistos.

Perante os diferentes resultados que obtivemos nas fases da doença, consideramos que existe uma *tendência geral das pacientes para sobrestimar ou subestimar o tamanho do corpo*, que é confirmada por outros autores (Garner et al, 1976; Touyz et al, 1984; Freeman et al, 1985; Whitehouse et al, 1988).

Nesta investigação os **sujeitos normais** nunca sobrestimam o tamanho do corpo, indo ao encontro de estudos que afirmam que uma parte desta *população é bastante precisa na sua avaliação* (Slade & Russell, 1973), *por um lado, enquanto que os restantes sujeitos tendem a subestimar o tamanho do corpo, por outro* (Meerman, 1983; Touyz et al, 1984; Whitehouse et al, 1988; Smeets et al, 1994); e infirmando os resultados obtidos noutros trabalhos realizados com esta população (Orbach, Traub & Olson, 1966; Shontz, 1969; Hester, 1970; Crisp & Kalucy, 1974; Garner et al, 1976; Button et al, 1977; Wooley & Wooley, 1984; Birtchenell et al, 1985; Mable, 1986; Birtchnell et al, 1987; Galgan, Mable, Ouellette & Balance, 1989).

Os resultados conseguidos neste trabalho levam-nos a concluir que a avaliação perceptual do tamanho do corpo é uma tarefa difícil e

inconsistente, pelo que propomos que a avaliação perceptual do corpo seja considerada como *tendência subjectiva*.

### 5.1.1.2 *Componente afectiva*

As definições fornecidas sobre as componentes da imagem corporal e os resultados da escolha de fotografias, obtidos através da técnica de distorção fotográfica, permitiu-nos observar uma diferença significativa no *modo de sentir o corpo* nas pacientes anoréticas, que as distingue dos sujeitos normais.

Nos **sujeitos anoréticos** observámos que o modo de sentir o corpo era pautado por uma *sobrestima constante e marcada nas fases da doença*, enquanto que a população normal nunca sobrestimava o tamanho do corpo.

Observámos que a **população normal** relativamente ao modo de sentir o corpo, uma parte dos sujeitos *avalia correctamente por um lado, enquanto que os restantes tendem a subestimar o tamanho do corpo, por outro*. Comparando com os resultados obtidos ao nível das definições dadas e escolha de fotografias na componente perceptual concluímos que o modo de ver o corpo é equivalente nos sujeitos normais ao modo de o sentir.

*A ausência de separação das componentes perceptual e afectiva da imagem corporal* contribuiu, em nossa opinião, para os resultados

inconclusivos obtidos nos estudos revistos sobre a perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa.

Esta afirmação vai ao encontro de Hsu e Sobkiewicz (1991), que referiram que os dados inconsistentes nos trabalhos da perturbação da imagem corporal podem ser vistos como resultado de respostas ‘racionais’ ou ‘emocionais’ dos sujeitos.

Na revisão da literatura, não encontramos referida a componente afectiva da imagem corporal, a variável ‘sentir’ que introduzimos no nosso trabalho, não sendo por isso possível comparar os resultados encontrados.

Podemos remeter a necessidade de separação das componentes perceptual e afectiva da imagem corporal nos estudos realizados com sujeitos anoréticos, para as afirmações de Bruch (1970), quando refere as dificuldades na percepção independente das experiências físicas e afectivas nas pacientes anoréticas. Confirmamos que a unidade psicossomática experienciada pelos sujeitos normais não é partilhada pelas pacientes, em que o corpo e o self são entidades distintas.

### **5.1.2 Perturbação do Peso e da Forma**

Um dos objectivos do trabalho foi investigar a perturbação da imagem corporal enquanto perturbação do peso ou da forma, manifestando-se através da sobrestima do tamanho do corpo. Para isso

centrámo-nos na satisfação geral e específica do corpo, nas modificações de partes específicas do corpo; e finalmente no corpo ideal antes e depois dessas modificações serem introduzidas.

Tendo em atenção que as técnicas utilizadas na avaliação do corpo na globalidade e na avaliação de partes do corpo medem aspectos diferentes da imagem corporal, impedindo assim que os resultados fossem comparados entre si, utilizámos a mesma técnica de distorção fotográfica para estes dois tipos de avaliação corporal.

#### ***5.1.2.1 Modificação de partes do corpo***

Através da técnica de distorção fotográfica, verificámos uma diferença entre os dois grupos relativamente ao desejo de modificar a forma do corpo. Este desejo é marcado nos **sujeitos anoréticos**, especialmente na fase de recuperação, traduzindo-se na diminuição da cintura, ancas e coxas nas pacientes, em contraste com a pequena preocupação relativamente às mesmas partes do corpo evidenciada pelos **sujeitos normais**.

Fazendo um paralelo entre o desejo das **pacientes anoréticas de diminuir partes específicas do corpo** e a sua sobrestima nos estudos revistos utilizando o método partes do corpo, encontramos neles apoio aos nossos resultados (Slade & Russell, 1973; Crisp & Kalucy, 1974; Garner et al, 1976; Button, Fransella & Slade, 1977; Fries, 1977; Pierloot & Houben, 1978; Casper, Halmi, Goldberg, Eckert & Davis, 1979, Meerman, 1983; Whitehouse et al, 1988).

Nesta investigação a **população normal não sobrestima partes do corpo**, infirmoando outros estudos (Crisp & Kalucy, 1974; Garner et al, 1976; Button et al, 1977; Ben-Tovim & Crisp, 1984; Thompson et al, 1986; Birtchnell et al, 1987; Galgan, Mable, Ouellette & Balance, 1989; Heilbrun & Friedberg, 1990).

Observámos através da modificação de partes específicas do corpo, a importância que as **formas do corpo** assumem na **população anorética**.

#### **5.1.2.2 Satisfação corporal**

Os resultados relativos à **satisfação corporal geral** obtidos, nos dois grupos, através da escala Body Cathexis, são apoiados pela maioria dos estudos (Garner, Olmsted, Polivy & Garfinkel, 1984; Gleghorn, Penner, Powers & Schuman, 1987), em que as pacientes estão sempre mais insatisfeitas com o seu corpo que os sujeitos normais.

Relativamente à **satisfação de partes específicas do corpo** (barriga, coxas, ancas e nádegas), avaliada através da subescala Insatisfação Corporal do EDI-2, observámos que a insatisfação nas **pacientes anoréticas** vai crescendo ao longo das fases da doença, ou seja, acompanhando o aumento de peso e a mudança das formas do corpo. Pelo contrário, na **população normal** não encontramos insatisfação com as formas do corpo. Estes resultados são apoiados por

um estudo (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) que afirma que esta subescala diferencia pacientes anoréticas e controlos normais.

Verificámos que, se por um lado, as **pacientes anoréticas** da fase aguda para a fase de recuperação da doença, apresentam um aumento da satisfação geral com o corpo, aproximando-se da população normal, por outro, exibem a insatisfação crescente relativamente às partes específicas do corpo. Observámos assim nas diferentes atitudes corporais destes sujeitos uma forte correlação negativa, enfatizando a *insatisfação com as formas do corpo* na população anorética.

### 5.1.2.3 *Corpo ideal*

Relativamente ao corpo ideal, observou-se que os **sujeitos anoréticos** escolhem diferentes imagens conforme a fase da doença em que se encontram, mantendo no entanto, um desejo de emagrecer significativamente diferente da **população normal**.

Na **fase aguda**, as pacientes desejavam um *ideal 'mais gordo'* que o corpo real, contradizendo os resultados das subescalas Desejo de Emagrecer e Insatisfação Corporal do EDI-2. Este facto pode estar relacionado com a negação da doença e o desejo de agradar, frequentemente presentes no início da doença.

Na **fase de recuperação** os sujeitos escolheram fotografias de um *ideal 'mais magro'*, apoiando outros estudos (Touyz et al, 1984; Count & Adams, 1985; Williamson, Cubic & Gleaves, 1993).

Verificámos que a **população normal** desejava um *ideal 'mais magro'*, confirmando trabalhos realizados nesta área (Touyz et al, 1984; Brennan & Kevany, 1985; Counts & Adams, 1985; Freeman, Thomas, Solyom & Koopman, 1985; Carroll, Gleeson, Ribsy & Dugdale, 1986).

Encontrámos atitudes diferentes perante o *ideal 'mais magro'* presente nas duas populações. O ideal 'mais magro' desejado pelas **pacientes anoréticas** à medida que se aproximam do peso normal, coincide com o medo crescente de engordar, tal como foi referido nas entrevistas e confirmado pela subescala Desejo de Emagrecer do inventário EDI-2. Mas como afirmámos anteriormente, esta insatisfação incide sobretudo nas formas do corpo e não no peso do sujeito. Na **população normal** o ideal magro não suscita o desejo de emagrecer, pois os sujeitos exprimem satisfação com o corpo e suas formas.

Deste modo as respostas encontradas relativamente às formas do corpo, têm significados diferentes nas duas populações: nas **pacientes anoréticas** surge o *evitamento das formas femininas adultas*, da maturidade sexual, enquanto que nos **sujeitos normais** revela uma *preocupação estética*, relacionada com atitudes culturais, veiculadas pelos mass media.

#### 5.1.2.4 *Corpo ideal modificado*

Verificámos que as **pacientes anoréticas**, especialmente quando havia ganho de peso, colocavam a hipótese de escolher, entre as imagens distorcidas apresentadas, um *ideal 'mais gordo'* se as formas do corpo diminuíssem. A **população normal** escolheu sempre fotografias dentro do *ideal magro* afirmado.

A preocupação com as formas do corpo nas **anoréticas** é novamente observada, mas de modo mais marcado, em que o peso do corpo surge como factor secundário, indicando a existência de uma *perturbação da forma do corpo* nestas pacientes.

O estudo das partes específicas do corpo revela a *importância das formas do corpo na anorexia nervosa*, conferindo um novo significado à sobrestima do tamanho do corpo.

## 5.2 CONCLUSÕES

O método de avaliação da perturbação da imagem corporal, através de uma técnica de distorção fotográfica, permitiu-nos verificar que a sobrestima na população anorética encontra-se relacionada, por um lado, com a insatisfação com as formas do corpo, e por outro, com a componente afectiva da imagem corporal.

Estudando a perturbação da imagem corporal através deste método por nós elaborado, concluímos que:

1. As pacientes anoréticas sentem o corpo claramente com mais peso em relação ao modo como o vêem.
2. A população normal vê e sente o corpo de modo semelhante, sendo também mais correcta na sua avaliação.
3. As pacientes anoréticas em recuperação de peso e os sujeitos normais desejam um ideal 'mais magro'.
4. As pacientes anoréticas desejam um corpo com formas pouco marcadas.

As observações efectuadas no estudo exploratório da técnica de distorção fotográfica, permitem-nos concluir que os resultados inconsistentes encontrados nas investigações revistas, sobre a perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa, são consequência de diversas dificuldades metodológicas:

- A investigação da perturbação da imagem corporal tem sido orientada para a *avaliação do tamanho do corpo*. No entanto, a experiência de alterações contínuas do corpo a que o sujeito está submetido, pode criar ambiguidade acerca das suas dimensões reais. Concluimos que os resultados obtidos nestes estudos utilizando a componente perceptual da imagem corporal não deverão ser interpretados como perturbação da imagem corporal, mas somente considerados como *tendências subjectivas de resposta*. Consideramos que a *componente afectiva da imagem corporal*, por se centrar nos sentimentos e atitudes para com o corpo, a sua *imagem interna*, certamente não apresenta as limitações da avaliação perceptual.
- Os estudos revistos nesta área utilizaram diversas técnicas para a *avaliação de partes específicas do corpo e do corpo todo*, verificando-se no entanto que estas técnicas avaliam aspectos diferentes da imagem corporal. Utilizando a mesma técnica para avaliação de partes do corpo e este na sua globalidade, pudemos proceder à comparação de resultados obtidos de ambas as avaliações e verificámos que a insatisfação com as formas do corpo influencia o desejo de diminuir o peso do corpo, demonstrando a importância que a *forma do corpo* assume na anorexia nervosa.

### 5.3 PISTAS PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

No final deste estudo ficámos com algumas questões por esclarecer e propomos para reflexão em trabalhos futuros:

- O estudo das *situações subclínicas* na anorexia nervosa. Os resultados contraditórios encontrados nos diferentes trabalhos podem em parte ser atribuídos ao facto das populações subclínicas serem tratadas como sujeitos sofrendo da síndrome. Isto sucede por falta de rigor na selecção dos sujeitos para a amostra. Este grupo deverá ser individualizado, estudado e comparado com os sujeitos anoréticos. Complementarmente, os estudos longitudinais podem clarificar a existência de um continuum entre estes sujeitos e os que sofrem de perturbações alimentares, ao ser investigada a evolução dos sujeitos com 'comportamento anorético' (Fries & Nillius, 1973) para anorexia nervosa.
- A caracterização da *população normal*, que tem sido sistematicamente utilizada como grupo de controlo e não se encontra suficientemente estudada. O conhecimento desta população e dos factores que influenciam os diferentes resultados encontrados serão importantes para a averiguação da existência de uma característica específica nestes sujeitos, relativamente à imagem corporal. Só assim se poderão interpretar os resultados dos estudos comparativos de modo rigoroso.

- A natureza da separação das *componentes perceptual e afectiva da imagem corporal*. Observámos neste estudo exploratório que o grupo experimental ao longo da doença e os sujeitos da população normal com história anterior de perturbação alimentar separam estas componentes. Questionamo-nos se as pacientes anoréticas em follow-up mantêm esta distinção ou se aproximam da população normal sem história anterior de doença (em que as componentes são indissociáveis). Será a separação das componentes da imagem corporal preditiva de mau prognóstico?

## **BIBLIOGRAFIA**

- Allebeck, Hallberg & Espmark (1976). Body image: An apparatus for measuring disturbances in estimation of size and shape. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 583-589.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition). Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington: Author.
- American Psychological Association (1983). *Publication Manual of the American Psychological Association* (3rd ed.). Washington: Author.
- Andersen & Vandereycken (1994, Abril). *Who was the first to describe bulimia nervosa: Dorr Zegers or Gerald Russell? A case of historical synchronicity*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Anzieu (1974). Le Moi-Peau. *Nouvelle Revue Psychologie*, 9, 195-208.
- Arkes (1991). Costs and benefits of judgment errors: Implications for debiasing. *Psychological Bulletin*, 110, 486-498.
- Askevold (1975). Measuring body image: Preliminary report on a new method. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 71-77.
- Balint, M. (1979). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publications.
- Balogun, J.(1986). Reliability and construct validity of the body cathexis scale. *Perceptual and Motor Skills*, 62, 297-935.
- Bastos, L.R.; Paixão, L.R. & Fernandes, L.M. (1982). *Manual para a elaboração de projectos e relatórios de pesquisa, teses e dissertações*. (3ªed). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Guanabara S.A.

- Bell, C., Kirkpatrick, S. & Rinn, R. (1986). Body image in anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 41-43.
- Ben-Tovim, D.I. (1993, Abril). *Does the body-image have a future?* Comunicação apresentada na Conferência Eating Disorders'93, Londres.
- Ben-Tovim, D.I. & Crisp, A. (1984). The reliability of estimates of body width and their relationship to current measured body size among anorexic and normal subjects. *Psychological Medicine*, 14, 843-846.
- Ben-Tovim, D.I.; Marilov, V. & Crisp, A. (1979). Personality and mental state (P.S.E.) within anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 321-325.
- Ben-Tovim, D.I. & Walker, M.K. (1990). Body size estimates: Body image or body attitude measures? *International Journal of Eating Disorders*, 9 (1), 57-68.
- Ben-Tovim, D.I. & Walker, M.K. (1991). Women's body attitudes: A review of measurement techniques. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (2), 155-167.
- Ben-Tovim, D.I. & Walker, M.K. (1992). A quantitative study of body-related attitudes in patients with anorexia and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 22, 961-969.
- Ben-Tovim, D.I., Walker, M.K., Murray & Chin (1990). Body size estimates: Body image or body attitude measures? *International Journal of Eating Disorders*, 9, 57-67.
- Ben-Tovim, D.I., Whitehead & Crisp (1979). A controlled study of the perception of body width in anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 267-272.

- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484-486.
- Bion, W.R. (1962). Uma teoria do pensar. In Spillius (Ed.), *Melanie Klein Hoje*, vol.1. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Birtchnell, S.A.; Dolan, B.M.; Lacey, J.H. (1987). Body image distortion in noneating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (3), 385-391.
- Bleichmar & Bleichmar (1992). Melanie Klein: a fantasia inconsciente como cenário da vida psíquica. In *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original Espanhol 1989)
- Birtchnell, S.A.; Lacey, J.H. & Harte (1985). Body image distortion in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 147, 408-412.
- Boldrick, L.(1983). Psychological centrality of physical attributes: A reexamination of the relationship between subjective importance and self-esteem. *The Journal of Psychology*, 115, 97-102.
- Boris, H. (1984). The problem of anorexia nervosa. *International Journal of Psycho-Analysis*, 65, 315-322.
- Bouça, D.; Varandas, P.; Padre-Santo, D.; Neves, A.; Garcia, T.; Carmo, I.; Galvão-Teles, A. & Sampaio, D. (no prelo). Perturbação alimentar na infância em doenças do comportamento alimentar. *Revista de Endocrinologia, Nutrição e Metabolismo*.
- Bowden, P.K.; Touyz, S.W.; Rodriguez, P.J. & Hensley, R. (1989). Distorting patient or distorting instrument? Body shape disturbance in patients with anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 155, 196-201.
- Bracinha Vieira (1983). Uma teoria eto-ecológica da anorexia nervosa. In *Etologia e ciências humanas*. Lisboa: Imprensa Nacional.

- ° Branch & Eurman (1980). Social attitudes towards patients with anorexia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 631-632.
- Braun, C.M. & Chouinard, M. J. (1992). Is anorexia nervosa a neuropsychological disease? *Neuropsychology Review*, 3 (2), 171-212.
- Brennan, N. & Kevany, J. (1985). Anthropometry and body image in a selected sample of adolescent girls. *Irish Journal of Medical Science*, 154(6), 220-227.
- Brinded, P.M.J., Bushnell, J.A., Mckenzie, J.M. & Wells, J.E. (1990). Body image distortion revisited: Temporal instability of body image distortion in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (6), 695-701.
- Brodie & Slade (1988). The relationship between body-image and body-fat in adult women. *Psychological Medicine*, 18, 623-631.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 188-194.
- ° Bruch, H. (1970). Instinct and interpersonal experience. *Comprehensive Psychiatry*, 11, 495-506.
- ° Bruch, H. (1973). *Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. In Vigersky (Ed.), *Anorexia nervosa*. New York: Raven Press.
- Bruch, H. (1979) *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. New York: First Vintage Books Edition. (original work published 1978).
- ° Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *The American Journal of Psychiatry*, 139 (12), 1531-1538.

- Bruch, H. (1983). Four decades of eating disorders. In Garner & Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press.
- Bruch, H. (1988). (Czyzewski & Suhr, Eds.). *Conversations with anorexics*. New York: Basic Books.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1982). Image du corps et personnalité: La perception de huit zones corporelles. *Psychologie Française*, 27 (2), 166-177.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). L'image du corps de 10 à 40 ans. *Bulletin de Psychologie*, 382, 893-903.
- Brusset, B. (1989). L'anorexie et ses imagos. In Prieur, B.(Ed.), *L'anorexique, le toxicomane et leur famille*. (pp.64-75). Paris: Editions ESF.
- Brusset, B. (1990). La jouissance de l'anorexique. *Revue Française de Psychanalyse*, 1, 163-176.
- Brusset, B. (1993). Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse. *Neuropsychiatrie de L'Enfance*, 41 (5-6), 245-249.
- Buhrich, N. (1981). Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 153-155.
- Buree, B., Papageorgis, D. & Solyom, L. (1984). Body image perception and preference in anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29 (7), 557-562.
- Button, E., Fransella & Slade (1977). A reappraisal of body perception disturbance in anorexia. *Psychological Medicine*, 7, 235-243.
- Button, E. & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11, 109-116.

- Buttow, Beumont & Touyz (1993). Cognitive processes in dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 319-329.
- \* Carmo, I.; Reis, D.; Varandas, P.; Padre-Santo, D.; Neves, A.; Dias, T.; Bouça, D.; Sampaio, D. & Galvão-Teles, A. (no prelo). Prevalência da anorexia nervosa e padrões de comportamento alimentar: Estudo de uma população portuguesa. *Revista de Endocrinologia, Nutrição e Metabolismo*.
- Carroll, D., Gleeson, C., Ribsby, B. & Dugdale, A. (1986). Body build and the desire for slenderness in young people. *Australian Pediatric Journal*, 22, 121-125.
- Cash & Brown (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Casper (1982). Treatment principles in anorexia nervosa. *Adolescent Psychiatry*, 10, 86-100.
- Casper, Halmi, Goldberg, Eckert & Davis (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 34, 60-66.
- Ceaser (1979). Hunger in primary anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 136, 979-980.
- Chatoor, I. (1994, Abril). *Intergenerational transmission of eating disturbance*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Clarke, M. & Palmer, R. (1983). Eating and neurotic symptoms in university students. *British Journal of Psychiatry*, 142, 299-304.

- Collins, M.E. (1991). Body figure perceptions and preference among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (2), 199-208.
- Cooper, P. & Fairburn (1983). Binge eating and self induced vomiting in the community: A preliminary study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 139-144.
- Cooper & Taylor (1986). *The nature and assessment of body shape disparagement*. In Proceedings of the International Conference on Eating Disorders. Sydney: Adis Press.
- Cooper, P., Taylor, Cooper, Z. & Fairburn (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, Z. & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Counts & Adams (1985). Body image in bulimic, dieting and normal females. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7(3), 289-300.
- Crisp, A. (1965). Some aspects of the evolution, presentation and follow-up of anorexia nervosa. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58, 814-820.
- Crisp, A. (1967). Anorexia nervosa. *Hospital Medicine*, 713-718.
- Crisp, A. (1970). Psychological aspects of some disorders of weight. In Hill (Ed.). *Modern trends in psychosomatic medicine 2*. London: Butterworth.

- Crisp, A. (1977). Some psychobiological aspects of adolescent growth and their relevance for the fat/thin syndrome (anorexia nervosa). *International Journal of Obesity*, 1, 231-238.
- Crisp, A. (1984). The psychopathology of anorexia nervosa. In Stunkard & Stellar (Eds.), *Eating and its disorders*. New York: Raven Press.
- Crisp, A.; Harding, B. & McGuinness, B. (1974). Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: Relationship to prognosis. A quantitative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 163-173.
- Crisp, A.; Matthews, B.; Norton, K. & Oakey, M. (1986). Weight-related attitudes and behaviour in anorexics, recovered anorexics and normals. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (5), 789-798.
- Crisp, A.; Norton, K.; Gowers, S.; Halek, C.; Bowyer, C.; Yeldham, D.; Levett, G. & Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at the adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 325-333.
- Crisp, A.; Palmer, R.L. & Kalucy, R.S. (1976). How common is anorexia nervosa: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 128, 549-554.
- Crisp, A. & Kalucy, R.S. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 349-361.
- Crisp, A., Kalucy, R., Lacey, J. & Harding, B. (1977). The long term prognosis in anorexia nervosa: Some factors predictive of outcome. In Vigersky (Ed.) *Anorexia nervosa*. New York: Raven Press.

- Da Costa, M. & Halmi, K. (1992). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (4), 305-313.
- Dally (1969). *Anorexia nervosa*. New York: Grune & Stratton.
- Dally & Gomez (1979). *Anorexia nervosa*. London: William Heinemann.
- Dare (1993, Abril). *Psychotherapies*. Comunicação apresentada na Conferência Eating Disorders'93, Londres.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986). The dieting and body shape concerns of adolescent females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27 (3), 417-428.
- Dolan, Birtchnell & Lacey (1987). Body image distortion in non-eating disordered women and men. *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (4), 513-520.
- Dolce, Thompson, Register & Spana (1987). Generalization of body size distortion. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 401-408.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Ediciones Paidós (obra original em Francês, 1984).
- Eisler (1994, Abril). *A five year follow-up of a controlled trial of family therapy in severe eating disorder*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Elysio de Moura (1947). *Anorexia mental*. Coimbra: Acta Universitatis Conimbrigensis.
- Estabrook, C. & Estabrook, G. (1989). Actus: A solution to the problem of small samples in the analysis of two-way contingency tables. *Historical Methods*, 22, 5-8.

- Evans, K.M. (1968). *Planning small-scale research*. National Foundation for Educational Research in England Wales.
- Fabian, L. & Thompson, J. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 63-74.
- Fahy, Osacar & Marks (1993). History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 439-443.
- Fisher, S. & Cleveland (1958). *Body image and personality*. Princeton: Van Nostrand & Co.
- Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*, Vol.1 London: Lawrence Erlbam Associates.
- Franzblau, A.N. (1958). *A primer statistics for non-statisticians*. Harcourt, Bracew & World, Inc.
- Freeman, Thomas, Solyman & Hunter (1984). A modified video camera for measuring body image distortion: Technical description and reability. *Psychological Medicine*, 14, 411-416.
- Freeman, Thomas, Solyman & Koopman (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (4), 439-456.
- Freud (1923). The ego and the id. In *Metapsychology*. London: Pelican Books.

- Fries (1977). Studies on secondary amenorrhea, anorectic behaviour, and body image perception. In Vigersky (Ed.), *Anorexia Nervosa*. New York: Raven Press.
- Fries & Nillius (1973). Dieting, anorexia nervosa and amenorrhea after oral contraceptive treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 49, 669-674.
- Furlong (1977). The impact of feelings of subjective deformity on configurational body-size perception. (unpublished doctoral dissertation). University of Montreal, in Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*, Vol.1 London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Galgan, R.J.; Mable, H.M.; Ouellette, T.M. & Balance, W.D. (1989). Body image distortion and weight preoccupation in college women. *College Student Journal*, 23 (1), 13-15.
- Garcia, T. (1989). Metamorfoses do corpo ou um estudo sobre a imagem corporal. *Revista Horizonte*, 6 (34), 127-131.
- Gardner, R., Martinez, R. & Sandoval, Y. (1987). Obesity and body image: An evaluation of sensory and non-sensory components. *Psychological Medicine*, 17, 927-932.
- Garfinkel, P. (1974). Perception of hunger and satiety in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 4, 309-315.
- \* Garfinkel, P. (1993). Classification and diagnosis. In K. Halmi (Ed.), *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa* (pp. 37-60). Washington: American Psychiatric Press.
- \* Garfinkel, P. (1993, Abril). *Perpetuating mechanisms in eating disorders: Implications for treatment*. Comunicação apresentada na Conferência Eating Disorders'93, Londres.

- Garfinkel, P., Moldofsky & Garner (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Garner, D. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D. & Bemis (1982). A cognitive- behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy Research*, 6, 1-27.
- Garner D. & Garfinkel, P. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner D. & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 10, 647-656.
- Garner D. & Garfinkel, P. (1982). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner / Mazel.
- Garner D., Garfinkel, P. & O'Shaughnessy, M. (1985). The validity of the distinction between bulimics with and without anorexia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 581-587.
- Garner D., Garfinkel, P., Stancer & Moldofsky (1976). Body image disturbance in anorexia and obesity. *Psychosomatic Medicine*, 38, 327-336.
- Garner, D., Olmsted, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (2), 15-34.
- Garner, D., Olmsted, M. & Polivy, J. (1984). *The Eating Disorder Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Garner, D., Olmsted, M., Polivy, J. & Garfinkel (1984). Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46(3), 255-266.
- Gershon, E.; Schreiber, J.; Hamovit, J.; Dibble, E.; Kaye, W.; Nurnberger, J.; Andersen, A. & Ebert, M. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1419-1422.
- Gleghorn, Penner, Powers & Schulman (1987). The psychometric properties of several measures of body image. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9 (2), 203-218.
- Golse, B. & Meffre, Ph. (1993). Du nanisme psycho-social à l'anorexie mentale: qui voit, qui est vu? *Neuropsychiatrie de L'Enfance*, 41 (5-6), 296-299.
- Gowers, S.; Phil, M.; Norton, K.; Yeldham, D.; Bowyer, C.; Heavey, A.; Bhat, A. & Crisp, A. (1989). The St. George's prospective treatment study of anorexia nervosa: A discussion of methodological problems. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (4), 445-454.
- Gray, S. (1977). Social aspects of body image: Perception of normalcy of weight and affect of college undergraduates. *Perceptual and Motor Skills*, 45, 1035-1040.
- Guidano, V.F. (1987). The eating disorders cognitive organization. In *Complexity of the Self* (pp.155-171). New York: Guilford.
- Gull (1874). Anorexia nervosa. Reprinted In Kaufman & Heiman (Eds.), *Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia nervosa: A paradigm*. New York: International Universities Press, 1964.
- Halmi, Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.

- Halmi, Falk & Schwartz (1981). Binge eating and vomiting: A survey of a college population. *Psychological Medicine*, 11, 697-706.
- Halmi, Struss & Goldberg (1978). An investigation of weights in the parents of anorexia nervosa patients. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 166, 358-361.
- Head (1920). *Studies in neurology*. London: Oxford University Press.
- Heilbrun, A.B. & Friedberg, L. (1990). Distorted body image in normal college women: Possible implications for the development of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (4), 398-401.
- Heilbrun, A.B. & Witt, N. (1990). Distorted body image as a risk factor in anorexia nervosa: Replication and clarification. *Psychological Reports*, 66 (2), 407-416.
- Hester (1970). Effects of active movement on body-part size estimates. *Perceptual and Motor Skills*, 30, 607-613.
- Hill (1994, Abril). *Pre-adolescent dieting and body shape concerns*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Hinshelwood (1991). *A Dictionary of Kleinian Thought*, 2nd edition. London: Free Association Books.
- Hsu, G. (1993, Abril). *Body disparagement*. Comunicação apresentada na Conferência Eating Disorders'93, Londres.
- Hsu, G. (1994, Abril). *Anorexia nervosa through space and time*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Hsu, G., Crisp, A. & Harding, B. (1979). Outcome of anorexia nervosa. *Lancet*, i, 62-65.

- Hsu, G.; Kaye, W. & Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 14 (3), 305-318.
- Hsu, G. & Sobkiewicz, T. (1991). Body image disturbance: Time to abandon the concept for eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 10 (1), 15-30.
- Humphrey, L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 223-232.
- Humphrey, L. (1988). Relationships within subtypes of anorexic, bulimic and normal families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 544-551.
- Humphrey, L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 206-214.
- Hundleby, J. & Bourgooin, N. (1993). Generality in the errors of estimation of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1), 85-92.
- Huon & Godden (1994, Abril). *Reports of dieting among children: Should we believe all that we are told*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Jeammet, Ph. (1985). Psychopathologie In *L'anorexie mentale*. Paris: Doim Editeurs.
- Jeammet, Ph. (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (5-6), 235-244.

- Jones, Fox, Babigian & Hutton (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1960-1976, *Psychosomatic Medicine*, 3, 200-203.
- Kalucy, R.; Crisp, A. & Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 381-395.
- Kasvikis, Y, Tsakiri, F., Marks, I., Basoglu, M. & Noshirvani, H. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1069-1075.
- Keating, I. (1987). A imagem do corpo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 355-379.
- Kendell, Hall, Haley & Babigian (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3, 200-203.
- Kestenberg, E., Kestenberg, J. & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kog & Vandereycken (1985). Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 5, 159-180.
- Kog & Vandereycken (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 11-23.
- Kog, Vertommen & DeGroot (1986). Family interaction research in anorexia nervosa: The use and misuse of a self-report questionnaire. *International Journal of Family Psychiatry*, 6, 227-243.

- Kratochwill, T.R. & Mace, F.C. (1983). Experimental research in clinical psychology. In Hersen, Kazdin & Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*. New York: Pergamon Press.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je. In *Ecrits*, Paris: Le Seuil.
- Lasègue (1873). On hysterical anorexia. Reprinted In Kaufman & Heiman (Eds.), *Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia nervosa: A paradigm*. New York: International Universities Press, 1964.
- ° Lask & Bryant-Waugh (1993, Abril). *Anorexia nervosa in children*. Comunicação apresentada na Conferência Eating Disorders'93, Londres.
- Lawrence, M. (1987). Education and identity: The social origins of anorexia . In Lawrence (Ed.), *Fed up and hungry: Women, oppression and food*. London: The Women's Press.
- Lawrence, M. (Ed.) (1992). *Fed up and hungry: Women, oppression & food*, 3rd edition. London: The Women's Press. (3rd ed.)
- Le Grange, D. & Evans (1994, Abril). *Body size and parenting in eating disorders: Attitudes of mothers towards their children*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Le Grange, D.; Eisler, I.; Dare, C. & Russell, G. (1992). Evaluation of family treatment in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (4), 347-357.
- Liebman, Minuchin & Baker (1974). The role of the family in the treatment of anorexia. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13, 264-274.

- Mable (1986). Body image distortion and dissatisfaction in university students. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 907-911.
- Machover (1949). Personality projection in the drawing of the human figure. In Fisher (1970) *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Mahoney (1974). Body cathexis and self-esteem: The importance of subjective importance. *Journal of Psychology*, 88, 27-30.
- Mahoney & Finch (1976). Body cathexis and self-esteem: A reanalysis of the differential contribution of specific body aspects. *The Journal of Social Psychology*, 99, 251-258.
- McClelland, Gowers, Lynch & Crisp (1994, Abril). *Social class and anorexia nervosa*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- McCrea, C.W., Summerfield, A.B. & Rosen B. (1982). Body image: A selective review of existing measurement techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 225-233.
- McGuigan, F.J. (1976). *Psicologia Experimental: uma abordagem metodológica*. São Paulo: EPU. (obra original em inglês 1960).
- Meerman, R. (1983). Experimental investigation of disturbances in body image estimation in anorexia nervosa patients, ballet and gymnastic pupils. *International Journal of Eating Disorder*, 2, 91-99.
- Meltzer, D. (1975). Adhesive identification. *Contemporary Psychoanalysis*, 2, 289-310.
- Meltzer, D et al. (1975). *Explorations in autism*. Pertshire: Clurie Press.
- Mintz, L.B. & Betz, N.E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology* 35 (4), 463-471.

- Minuchin, S.; Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, J. (1992). Subtyping of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (4), 327-332.
- Morgan, H. & Russel, G. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 335-371.
- Myers, P. N. & Biocca, F.A. (1992). The elastic body image: The effect of television advertising and programming on body image distortions in young women. *Journal of Communication*, 42 (3), 108-133.
- Nassikas, K. (1992). Questions de psychodynamique. In *Journal d'une anorexie: Le sacrifice au maternal*. Paris: Harmattan.
- Norris (1984). The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine*, 14, 835-842.
- North, Gowers & Byram (1994, Abril). *Family functioning in anorexia nervosa*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Nylander, J. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population: Epidemiological interview investigation. *Acta Sociomedica Scandinavica*, 3, 17-26.
- Orbach, S. (1993). *Hunger strike*. London: Penguin Books. (original work published 1986).
- Orbach, Traub & Olson (1966). Psychophysical studies of body image II. Normative data on the adjustable mirror. *Archives of General Psychiatry*, 14, 41-47.

- Palmer, R. (1993). Weight concern should not be a necessary criterion for the eating disorders: A polemic. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 459-465.
- Palmer, R., Christie, M., Cordle, C., Davies, D. & Kenrick, J. (1987). The Clinical Eating Disorder Rating Instrument: A preliminary description. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 9-16.
- Palmer, R., Robertson & Dunkley (1994, Abril). *Body mass index and psychopathology: A community sample*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Pankow, G. (1976). Image du corps et object transitionnel. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 285-302.
- Patton (1988). The spectrum of eating disorder in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- Patton & King (1991). Epidemiological study of eating disorders: Time for a change of emphasis. *Psychological Medicine*, 21, 287-291.
- Patton, Wood, Mann & Wakeling (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
- Penner, L. A.; Thompson, J.K. & Covert, D.L. (1991). Size overestimation among anorexics: Much ado about very little? *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (1), 90-93.
- Pierloot & Houben (1978). Estimation of body dimensions in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 8, 317-324.
- Pike, K & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 198-204.

- Pinto, A.C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Piran, N.; Lerner, P.; Garfinkel, P.; Kennedy, S. & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589, 599.
- Pope, H., Hudson, J., Yurgelun-Todd, D. & Hudson, M. (1984). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia in three student populations. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 45-51.
- Rasmussen, S. & Eisen, J. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rauch de Traubenberg (1983). Representação de si e relação de objecto. Grelha de representação de si. *Análise Psicológica*, 1(IV), 31-40.
- Reitman & Cleveland (1964). Changes in body image following sensory deprivation in schizophrenic control groups. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 168-176.
- Robin, Gilroy & Siegel (1994, Abril). *Family vs. individual therapy for anorexia: Long-term outcome*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- \* Russell (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In Price, J.H. (Ed.). *Modern Trends in Psychological Medicine*, 2. London: Butterworths.
- Russell (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Russell (1990). The diagnostic status and clinical assessment of bulimia nervosa. In Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Russell (1993, Abril). *Psychological treatment in anorexia nervosa*. Comunicação apresentada na Conferência Eating Disorders'93, Londres.
- Russell (1994, Abril). *Anorexia nervosa through space and time*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Russell, Campbell & Slade (1975). Experimental studies on the nature of the psychological disorder in anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, 1, 45-56.
- Russell, Szmukler, G.; Dare, C. & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Sacksteder, J.L. (1989). Sadomasochistic relatedness to the body in anorexia nervosa. In Montgomery, J.D. & Greif, A. (Eds.), *Masochism: The treatment of self-inflicted suffering*. Madison: International University Press.
- Salgueiro, E. (1991). Anorexia mental e bulimia na adolescência. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 22, 363-365.
- Sampaio, D. (1994). Ser diferente na família: O dilema da anorexia nervosa. In Carmo, I. *A vida por um fio: A anorexia nervosa*. (91-100). Lisboa: Relógio D'Água.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1985). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sanglade (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie Française*, 28 (2), 104-111.
- Schilder, P. (1981). *A imagem do corpo: As energias construtivas da psique*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora. (obra original em inglês 1950).

- Schmidt, U.; Tiller, J. & Treasure, J. (1993). Setting the scene for eating disorders: Childhood care, classification and course of illness. *Psychological Medicine*, 23, 663-672.
- Secord, P. & Jourard, S. (1953). The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17(5), 343-347.
- Selvini-Palazzoli, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Biblioteca de psichiatria e di psicologia clinica. Milan: Feltini.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation*. London: Chaucer Publishing Company.
- Serbanescu & Magureanu (1994, Abril). *Personality outcome in anorexia nervosa*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Shaw, B.F. & Garfinkel, P.E. (1990). Research problems in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5), 545-555.
- Shisslak, C., Pazda, S. & Crago (1990). Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic and obese women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (4). 380-384.
- Shontz, F.C. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New York: Academic Press.
- Silverman, J.A. (1989). Louis-Victor Marcé, 1828-1864: Anorexia nervosa's forgotten man. *Psychological Medicine*, 19, 833-835.
- Silverstein, B. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14, 519-532.

- Skodol, Oldham, Hyler, Kellmen, Doige & Davies (1993). Comorbidity of DSM-III-R, eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 403-416.
- Slade (1985). A review of body image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265.
- Slade (1988). Body image in anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (suppl. 2), 20-22.
- Slade & Russel (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- Smart, D., Beumont, P. & George, G. (1976). Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 128, 57-60.
- Smeets (1993, Abril). *Significance of body size estimation in anorexia nervosa*. Comunicação apresentada na Conferência Eating Disorders'93, Londres.
- Smeets, Hoek & Panhuysen (1994, Abril). *Explanations for overestimation of body size in anorexia nervosa*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Spitz, R. (1983). A origem da percepção (cap IV). In *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora. (obra original em inglês 1965).
- Spitzer, Devlin & Walsh (1992). A multisite field trial of diagnostic criteria for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.

- Steiger, H.; Fraenkel, L. & Leichner, P.P. (1989). Relationship of body-image distortion to sex-role identifications, irrational cognitions, and body weight in eating-disordered females. *Journal of Clinical Psychology, 45* (1), 61-65.
- Stein, Fairburn, Woolley & Cooper (1994, Abril). *Infants of mothers with eating disorders*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Steinhausen, Rauss-Masson & Seidel (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine, 21*, 447-454.
- Stern, S.; Dixon, K.; Jones, D.; Lake, M.; Nemzer, E. & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 25-31.
- Stonehill, E. & Crisp, A. (1977). Psychoneurotic characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at follow-up 4-7 years later. *Journal of Psychosomatic Research, 21*, 187-193.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatic features in young, non chronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 353-359.
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiological factors. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 28-43.
- Strober, M., Goldenberg, Green & Saxon (1979). Body image disturbance in anorexia nervosa during acute and recuperative phase. *Psychological Medicine, 9*, 695-701.
- Strober, M. & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (5), 654-659.

- Strober, M. & Katz, J. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? *International Journal of Eating Disorders*, 6, 171-180.
- Strober, M., Morrell, Burroughs, Salkin & Jacobs (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 239-246.
- Szmukler, G. (1983). Weight and food preoccupation in a population of English schoolgirls. In Bargman (Ed.), *Understanding anorexia nervosa and bulimia*. Ohio: Ross Laboratories.
- Szmukler, G. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 143,153.
- Szmukler, G. & Russell, G. (1986). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. In Brownell & Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. New York: Basic Books.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 214 (suppl.), 1-194.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 104-112.
- Theander, S. (1994, Abril). *Anorexia nervosa through space and time*. Comunicação apresentada na Sixth International Conference on Eating Disorders, Nova Iorque.
- Thompson (1987). Body size distortion in anorexia nervosa: Reanalysis and reconceptualization. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 379-384.

- Thompson, Berland, Linton & Weinsier (1986). Utilization of self-adjusting light beam in the objective assessment of body distortion in seven eating disorder groups. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1), 113-120.
- Touyz, S. & Beumont, P. (1984). Anorexia nervosa. A follow-up investigation. *Medical Journal of Australia*, 141, 219-222.
- Touyz, S.; Beumont, P. & Collins, J. (1988). Does over- or underestimation of body shape influence response to treatment in patients with anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 7 (5), 687-692.
- (Touyz, S.; Beumont, P.; Collins, J. & Cowie (1985). Body shape perception in bulimia and anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 4(3), 259-265.
- Touyz, S.; Beumont, P.; Collins, J.; McCabe, M. & Jupp, J. (1984). Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 167-171.
- Traub & Orbach (1964). Psychophysical studies of body image. I. The adjustable body distortion mirror. *Archives of General Psychiatry*, 11, 53-66.
- Tucker, L.(1981). The internal structure, factor satisfaction and reability of the body cathexis scale. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 891-896.
- Varandas, Bouça, Padre-Santo, Neves, Garcia, Carmo, Galvão-Teles & Sampaio (1994). Evolução da anorexia nervosa após internamento hospitalar: Experiência de uma equipa multidisciplinar. *Psiquiatria na Prática Médica*, 7 (1), 3-6.
- Velde, C. (1985). Body images of one's self and of others: Developmental and clinical significance. *The American Journal of Psychiatry*, 142 (5), 527-537.

- Vénisse, J. (1986). Hypothèses psycho-pathologiques. In *L'anorexie mentale*. Paris: PUF.
- Vitousek & Hollon (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Waller, G.; Hamilton, K. & Shaw, J. (1992). *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 6 (2), 81-87.
- Walsh, B.T. (1992). Diagnostic criteria for eating disorders in DSM-IV: Work in progress. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (4), 301-304.
- Warah, A. (1989). Body image disturbance in anorexia nervosa: Beyond body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34 (9), 898-905.
- Ward & Mckeown (1987). Association of body cathexis and morphological variables on college-aged females in an exercise setting. *Perceptual and Motor Skills*, 64, 179-190.
- Wardle, J. (1980). Dietary restraint and binge eating. *Behavioral Analysis and Modification*, 4, 201-209.
- Wardle, J. & Foley, E. (1989). Body image: Stability and sensitivity of body satisfaction and body size estimation. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 55-62.
- Whitehouse, A.M.; Freeman, C.P. & Annandale, A. (1988). Body size estimation in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl 2), 23-26.
- Willi & Grossman (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564-567.

- Williams, P. & King, M. (1987). The epidemic of anorexia nervosa: Another medical myth? *Lancet i*, 205-207.
- Williamson, D.A. (1990). Body image assessment. In *Assessment of Eating Disorders* (pp. 64-79). Pergamon Press.
- Williamson, D.A.; Cubic, B.A. & Gleaves, D.H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 177-180.
- Williamson, D.A., Kelley, Davis, Ruggier & Blouin (1985). Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 161-166.
- Wilson, G. (1992). Diagnostic criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (4), 315-319.
- Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. In *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis (1982).
- Winnicott, D.W. (1949). Mind and its relation to the psyche-soma. In *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis (1982).
- Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis (1982).
- Winnicott, D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In *The maturational processes and the facilitating environment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis (1965).
- Winnicott, D.W. (1974). Mirror role of mother and family in child development. In *Playing and reality*. London: Penguin Books.

- Wolman, J.B. (Ed.) (1965). *Handbook of Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Wonderlich, S. & William, J. (1990). Perceptions of parental relationships in the eating disorders: The relevance of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (4), 353-360.
- Wonderlich, S., Swift, W, Slotnick, H. & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- Wooley, S. (1987). Psychological and social aspects of obesity: In Bender & Brookes (Eds.), *Body weight control: The physiology, clinical treatment and prevention of obesity*. New York: Livingstone.
- Wooley, S. & Wooley, O. (1982). The Beverly Hills eating disorder: The mass marketing of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 57-69.
- Wooley, S. & Wooley, O. (1984). Feeling fat in a thin society. *Glamour*, 198-252.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author

## ANEXOS

## **ANEXO I**

## Classificação social Internacional estabelecida pelo PROFESSOR GRAFFARD (Bruxelas)

Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios, a saber:

1. A profissão
2. Nível de instrução
3. Fontes de rendimento familiar
4. Conforto do alojamento
5. Aspecto do bairro onde habita

Numa primeira fase, deverá atribuir-se a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e, numa segunda fase, obter-se-á com a soma destas pontuações o escalão que a família ocupa na sociedade.

### 1. A PROFISSÃO

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias, segundo a profissão exercida pelo pai. Se a mãe exercer uma profissão de nível mais elevado do que a do pai, neste caso, servirá de base para a classificação da família.

- 1.º Grau Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
- 2.º Grau Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
- 3.º Grau Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.
- 4.º Grau Ensino primário completo  
Motoristas, policiaes, cozinheiros, etc.  
(operários especializados).
- 5.º Grau Jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados)

### 2. O NÍVEL DE INSTRUÇÃO

As categorias são as seguintes:

- 1.º Grau Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo)
- 2.º Grau Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)
- 3.º Grau Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo)
- 4.º Grau Ensino primário completo (6 anos de estudo)
- 5.º Grau Ensino primário incompleto ou nulo.

#### Exemplos de graus de instrução

- 1.º Grau Catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais-diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares de Academia.
- 2.º Grau Técnicos e peritos.
- 3.º Grau Cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia.
- 4.º Grau Ensino primário completo
- 5.º Grau Um ou dois anos de escola primária, saber ler e escrever ou analfabetos.

### 3. FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR

Segundo a principal fonte de rendimento da família, adoptam-se as cinco categorias seguintes:

- 1.º Grau A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida.
- 2.º Grau Os rendimentos consistem em lucros de empresas, alios honorários, lugares bem remunerados, etc.
- 3.º Grau Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário.
- 4.º Grau Os rendimentos resultam de salários; ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.
- 5.º Grau O indivíduo ou família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem, neste grupo, as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

#### Exemplo de rendimentos familiares

- 1.º Grau Pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais.
- 2.º Grau Encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, Profissões liberais com grandes vencimentos.
- 3.º Grau Empregados de Estado, Governo Civil ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, Profissões liberais de médio rendimento, Caixeiros-viajantes.
- 4.º Grau Coerários, empregados de comércio e escriturários.
- 5.º Grau Sem rendimentos.

### 4. CONFORTO DO ALOJAMENTO

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjectiva. Estabelecem-se cinco categorias:

- Grupo 1.º Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.
- Grupo 2.º Categoria intermédia: Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como as da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.
- Grupo 3.º Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.
- Grupo 4.º Categoria intermédia entre 3 e 5.
- Grupo 5.º Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

### 5. ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

- Grupo 1.º Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
- Grupo 2.º Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
- Grupo 3.º Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.
- Grupo 4.º Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc.
- Grupo 5.º Bairros de latas.

### CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

- |            |  |
|------------|--|
| Classe I   | Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.   |
| Classe II  | Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13. |
| Classe III | Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17. |
| Classe IV  | Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21. |
| Classe V   | Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25. |

## **ANEXO II**

## Classificação Social Internacional Graffard

### Grupo Experimental

Profissão	Nível de Instrução	Fonte Rendimento	Conforto Casa	Aspecto Casa	Classe Social
1	1	2	2	2	I
1	1	2	2	2	I
1	1	2	2	2	I
1	1	2	2	2	I
1	1	2	2	2	I
3	3	3	3	2	III
3	3	3	3	2	III
3	3	3	3	2	III
2	2	3	3	3	II
2	2	3	3	3	II
2	2	3	3	3	II
4	4	4	3	3	IV
4	4	4	3	3	IV

### Grupo Controlo

Profissão	Nível de Instrução	Fonte Rendimento	Conforto Casa	Aspecto Casa	Classe Social
1	1	2	2	2	I
1	1	2	2	2	I
1	1	2	2	2	I
1	1	2	2	2	I
3	3	3	3	2	III
3	3	3	3	2	III
3	3	3	3	2	III
2	2	3	3	3	II
2	2	3	3	3	II
2	2	3	3	3	II
4	4	4	3	3	IV
4	4	4	3	3	IV
4	4	4	3	3	IV
4	4	4	3	3	IV

## **ANEXO III**

**MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DA IMAGEM  
CORPORAL**

**QUESTIONÁRIO**

Estas fotografias foram trabalhadas a partir da sua fotografia original.

Observe a série de 5 fotografias de **FRENTE** e coloque uma cruz na opção que considera correcta.

Fotografias	1	2	3	4	5
1 - Qual é a imagem que melhor corresponde ao seu corpo actual?					
2 - Qual é a imagem que melhor corresponde ao modo como sente o seu corpo?					
3 - Qual a imagem que escolheria como ideal?					

4 - Gostaria de modificaria alguma(s) parte(s) do seu corpo?

Sim	
Não	

5 - Se sim, indique quais:

braços	
cintura	
ancas	
coxas	
pernas	

6 - Com estas modificações, qual escolheria agora como imagem ideal?

Fotografias	1	2	3	4	5
Imagem ideal					

Estas fotografias foram trabalhadas a partir da sua fotografia original.

Observe a série de 5 fotografias de **PERFIL** e coloque uma cruz na opção que considera correcta.

Fotografias	1	2	3	4	5
1 - Qual é a imagem que melhor corresponde ao seu corpo actual?					
2 - Qual é a imagem que melhor corresponde ao modo como sente o seu corpo?					
3 - Qual a imagem que escolheria como ideal?					

4 - Gostaria de modificaria alguma(s) parte(s) do seu corpo?

Sim	
Não	

5 - Se sim, indique quais:

braços	
peito	
barriga	
nádegas	
pernas	

6 - Com estas modificações, qual escolheria agora como imagem ideal?

Fotografias	1	2	3	4	5
Imagem ideal					

## **ANEXO IV**

EDI-2

## INSTRUÇÕES

Escreva o seu nome e data na Folha de Respostas EDI-2.

As suas respostas serão escritas na Folha de Respostas EDI-2.

Os itens (1 a 91) são acerca das suas atitudes, sentimentos e comportamentos.

Alguns dos itens são sobre comida ou comer.

Outros itens são sobre o que sente acerca de si próprio.

Para cada item decida se é verdade para si,

SEMPRE (S)

HABITUALMENTE (H)

FREQUENTEMENTE (F)

POR VEZES (PV)

RARAMENTE (R)

ou NUNCA (N)

Faça na Folha de Respostas um círculo na letra que corresponde à sua cotação.

Por exemplo, se escolheu frequentemente, faça um círculo em F na Folha de Respostas.

Responda a todos os itens, confirmando se colocou o círculo na letra pretendida.

Se precisar de mudar alguma resposta, faça um X na letra incorrecta.

FOLHA DE RESPOSTAS EDI-2

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

=SEMPRE      H=HABITUALMENTE      F=FREQUENTEMENTE      PV=POR VEZES      R=RARAMENTE      N=NUNCA

1	S H F P V R N	20	S H F P V R N	39	S H F P V R N	58	S H F P V R N	76	S H F P V R N
2	S H F P V R N	21	S H F P V R N	40	S H F P V R N	59	S H F P V R N	77	S H F P V R N
3	S H F P V R N	22	S H F P V R N	41	S H F P V R N	60	S H F P V R N	78	S H F P V R N
4	S H F P V R N	23	S H F P V R N	42	S H F P V R N	61	S H F P V R N	79	S H F P V R N
5	S H F P V R N	24	S H F P V R N	43	S H F P V R N	62	S H F P V R N	80	S H F P V R N
6	S H F P V R N	25	S H F P V R N	44	S H F P V R N	63	S H F P V R N	81	S H F P V R N
7	S H F P V R N	26	S H F P V R N	45	S H F P V R N	64	S H F P V R N	82	S H F P V R N
8	S H F P V R N	27	S H F P V R N	46	S H F P V R N			83	S H F P V R N
9	S H F P V R N	28	S H F P V R N	47	S H F P V R N	65	S H F P V R N	84	S H F P V R N
10	S H F P V R N	29	S H F P V R N	48	S H F P V R N	66	S H F P V R N	85	S H F P V R N
11	S H F P V R N	30	S H F P V R N	49	S H F P V R N	67	S H F P V R N	86	S H F P V R N
12	S H F P V R N	31	S H F P V R N	50	S H F P V R N	68	S H F P V R N	87	S H F P V R N
13	S H F P V R N	32	S H F P V R N	51	S H F P V R N	69	S H F P V R N	88	S H F P V R N
14	S H F P V R N	33	S H F P V R N	52	S H F P V R N	70	S H F P V R N	89	S H F P V R N
15	S H F P V R N	34	S H F P V R N	53	S H F P V R N	71	S H F P V R N	90	S H F P V R N
16	S H F P V R N	35	S H F P V R N	54	S H F P V R N	72	S H F P V R N	91	S H F P V R N
17	S H F P V R N	36	S H F P V R N	55	S H F P V R N	73	S H F P V R N		
18	S H F P V R N	37	S H F P V R N	56	S H F P V R N	74	S H F P V R N		
19	S H F P V R N	38	S H F P V R N	57	S H F P V R N	75	S H F P V R N		

## EDI-2

1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso
2. Acho que a minha barriga é grande demais
3. Desejava poder voltar à segurança da infância
4. Como quando estou preocupado
5. Empanturro-me com comida
6. Gostava de ser mais novo
7. Penso em fazer dieta
8. Sinto-me assustado quando os meus sentimentos são muito intensos
9. Acho as minhas coxas muito gordas
10. Sinto-me inútil como pessoa
11. Sinto-me extremamente culpado depois de comer demais
12. Acho que a minha barriga tem o tamanho certo
13. Apenas realizações brilhantes são aceites na minha família
14. A época mais feliz da vida é a infância
15. Falo abertamente dos meus sentimentos
16. Fico aterrorizado com a ideia de ganhar peso
17. Confio nos outros
18. Sinto-me sózinho no mundo
19. Gosto da forma do meu corpo
20. Geralmente sinto que controlo a minha vida
21. Fico confuso acerca da emoção que estou a sentir
22. Preferia ser adulto a ser criança
23. Comunico facilmente com os outros
24. Desejava ser outra pessoa
25. Exagero a importância do peso
26. Fácilmente identifico o que sinto
27. Sinto-me inadequado
28. Já me aconteceu comer demais e sentir que não conseguia parar
29. Em criança esforcei-me por não desiludir os meus pais e professores
30. Tenho relações próximas (amizades)

31. Gosto da forma das minhas nádegas
32. Estou preocupado com o desejo de ser mais magro
33. Não sei o que se passa dentro de mim
34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros
35. As exigências da vida adulta são demasiadas
36. Detesto não ser o melhor
37. Tenho confiança em mim
38. Penso em empanturrar-me com comida (comer em excesso)
39. Sinto-me contente por já não ser uma criança
40. Fico confuso sem saber se tenho fome ou não
41. Tenho fraca opinião a meu respeito
42. Sinto-me capaz de atingir os objectivos que tracei para mim próprio
43. Os meus pais têm esperado o máximo de mim
44. Preocupa-me que os meus sentimentos fiquem fora do meu controlo
45. Penso que as minhas ancas são muito largas
46. Como moderadamente frente aos outros e empanturro-me quando se vão embora
47. Sinto-me enfartado depois de comer uma refeição normal
48. Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças
49. Se aumento 1Kg preocupa-me continuar a aumentar de peso
50. Sinto que sou uma pessoa capaz
51. Quando estou aborrecido não sei se estou triste, assustado ou zangado
52. Se não faço as coisas na perfeição prefiro não as fazer
53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso
54. Preciso manter as pessoas a uma certa distância
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo
56. Sinto-me vazio por dentro
57. Consigo falar dos meus sentimentos ou pensamentos pessoais
58. Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos
59. Acho as minhas nádegas grandes demais
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar
61. Como ou bebo às escondidas
62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo
63. Tenho objectivos muito elevados

64. Quando ando aborrecido receio começar a comer
65. As pessoas de quem realmente gosto acabam sempre por me decepcionar
66. Tenho vergonha das minhas fraquezas humanas
67. Certas pessoas acham que eu sou emocionalmente instável
68. Gostaria de ter o controlo total sobre os desejos do meu corpo
69. Sinto-me bem na maioria das situações de grupo
70. Digo coisas sem pensar que depois me arrependo
71. Sou capaz de grandes trabalhos e às vezes ultrapassar os meus limites para obter prazer
72. Tenho de ter cuidado com a minha tendência para abusar de drogas
73. Estou à vontade com a maioria das pessoas
74. Sinto-me encurralado nas relações com as pessoas
75. Privar-me de coisas faz-me sentir mais forte espiritualmente
76. As pessoas compreendem os meus verdadeiros problemas
77. Não consigo livrar-me de pensamentos estranhos que tenho na cabeça
78. Comer por prazer é sinal de fraqueza moral
79. Tenho tendência de ter ataques de raiva ou fúria
80. Sinto que as pessoas me valorizam como mereço
81. Tenho de ter cuidado com a minha tendência para abusar de álcool
82. Acho que descontrair é simplesmente uma perda de tempo
83. Certas pessoas acham que eu me irrito facilmente
84. Sinto que nada me corre bem
85. Sinto grandes alterações de humor
86. Os desejos do meu corpo embaraçam-me
87. Preferia estar mais tempo sózinho que com outras pessoas
88. O sofrimento torna as pessoas melhores
89. Sei que as pessoas gostam muito de mim
90. Sinto que me devo magoar, ou magoar os outros
91. Sinto que realmente sei quem sou

## **ANEXO V**

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

A. Peso actual \_\_\_\_\_ Kg

B. Altura \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm

C. Peso mais elevado atingido (excluindo gravidez) \_\_\_\_\_ Kg

Há quanto tempo teve este peso pela 1ª vez? \_\_\_\_\_ meses

Durante quanto tempo teve este peso? \_\_\_\_\_ meses

D. Peso mais baixo atingido \_\_\_\_\_ Kg

Há quanto tempo teve este peso pela 1ª vez? \_\_\_\_\_ meses

Durante quanto tempo teve este peso? \_\_\_\_\_ meses

E. Qual foi o peso que teve durante mais tempo? \_\_\_\_\_ Kg

Com que idade teve pela 1ª vez este peso? \_\_\_\_\_ anos

F. Se o seu peso mudou muito ao longo dos anos, existe um peso que mantém

quando não faz dieta? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Se sim, qual é o peso? \_\_\_\_\_ Kg

Com que idade teve pela 1ª vez este peso? \_\_\_\_\_ anos

G. Qual foi o máximo de peso que perdeu \_\_\_\_\_ Kg

Perdeu este peso propositadamente? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Com que peso ficou? \_\_\_\_\_ Kg

Com que idade teve este peso? \_\_\_\_\_ anos

H. Qual pensa que seria o seu peso se não tentasse conscientemente controlá-lo? \_\_\_\_\_ Kg

I. Quanto é que gostaria de pesar? \_\_\_\_\_ Kg

J. Com que idade começaram os seus problemas de peso? \_\_\_\_\_ anos

Quando iniciou tratamento? \_\_\_\_\_ meses

Internamento \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

K. Profissão do Pai \_\_\_\_\_

L. Profissão da Mãe \_\_\_\_\_

## **ANEXO VI**

Este estudo está relacionado com a imagem corporal e comportamento alimentar na população feminina portuguesa.

Os questionários e entrevistas realizados para esta investigação serão totalmente confidenciais.

Responda com o máximo de precisão.

Obrigado pela sua colaboração.

Nome \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Peso actual \_\_\_\_\_ Kg                      Altura \_\_\_\_\_ m

Qual foi o seu peso mais elevado? \_\_\_\_\_ Kg

Qual o peso mais baixo atingido nos últimos 3 anos? \_\_\_\_\_ Kg

Já fez dieta para perder peso?    Sim [ ]            Não [ ]

Faz actualmente dieta?    Sim [ ]            Não [ ]

Quanto gostaria de pesar? \_\_\_\_\_ Kg

Profissão do Pai \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe \_\_\_\_\_

## **ANEXO VII**

## Escala Body Cathexis

### INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes encontram-se vários aspectos relacionados consigo.

Indique quais os pontos com que está satisfeita, insatisfeita e os que lhe são indiferentes.

Na tabela, marque com uma cruz o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

1. Estou muito insatisfeita
2. Estou insatisfeita
3. Não estou satisfeita nem insatisfeita
4. Estou satisfeita
5. Estou muito satisfeita

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda com o máximo de precisão.

Escala Body Cathexis

Nome _____	Data _____				
	1 muito insatisfeita	2 insatisfeita	3 nem satisf. nem insatisf.	4 satisfeita	5 muito satisfeita
1. cabelo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2. aspecto facial (pele)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3. apetite	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4. mãos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5. distribuição de pêlos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6. nariz	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7. resistência física (tempo que aguenta)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8. transpiração	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9. força muscular	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10. cintura	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11. nível de energia (estado geral)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12. costas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
13. orelhas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14. idade	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15. queixo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
16. constituição física (tipo físico)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
17. perfil	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18. altura	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
19. sentidos apurados (visão, audição..)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20. tolerância à dor	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

	1	2	3	4	5
	muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisf. nem insatisf.	satisfeita	muito satisfeita
21. largura de ombros	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
22. braços	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
23. peito	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
24. aspecto/olhos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
25. coordenação (harmonia mov)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
26. ancas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
27. resistência à doença	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
28. pernas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
29. aspecto/dentes	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
30. aspecto geral	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
31. tônus muscular	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
32. sono	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
33. voz	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
34. saúde	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
35. capacidade física (resultados físicos)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
36. joelhos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
37. flexibilidade (amplitude movimento)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
38. cara	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
39. peso	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
40. órgãos sexuais	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## **ANEXO VIII**

Estatística Descritiva  
 Índice de Massa Corporal (IMC)

STAT. BASIC STATS	Summary Table of Means (tesmes.sta) Smallest N for any variable: 13
GR	IMC_M
G_1:1 G_2:2	12.84615 --

STAT. BASIC STATS	Summary Table of Means (tesmes.sta) Smallest N for any variable: 22	
GR	IMC_A1	IMC_I1
G_1:1 G_2:2	14.50000 20.35714	18.37500 20.00000

STAT. BASIC STATS	Descriptive Statistics (tesmes.sta)				
Variable	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
IMC_A2	10	18.30000	17.00000	21.00000	1.251666
IMC_I2	10	18.10000	16.00000	21.00000	1.663330
IMC_A3	3	21.33333	19.00000	24.00000	2.516611
IMC_I3	3	19.66667	17.00000	21.00000	2.309401

Fot - Perguntas 1, 2, 3 e 4  
 Grupo 1, fase aguda (frente)

STAT. BASIC STATS	FF1_1 (tesmes.sta)			
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	5	5	62.50000	62.50000
2.00000	2	7	25.00000	87.50000
3.00000	1	8	12.50000	100.00000

STAT. BASIC	FF1_2 (tesmes.sta)
----------------	--------------------

STATS				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	25.00000	25.0000
2.00000	1	3	12.50000	37.5000
3.00000	5	8	62.50000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FFI_3 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	3	3	37.50000	37.5000
2.00000	1	4	12.50000	50.0000
3.00000	4	8	50.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FFI_4 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	20.00000	20.0000
2.00000	1	2	20.00000	40.0000
3.00000	3	5	60.00000	100.0000

**Grupo 1, fase aguda (lado)**

STAT. BASIC STATS				
FFI_1 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	4	4	50.00000	50.0000
2.00000	3	7	37.50000	87.5000
3.00000	1	8	12.50000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FFI_2 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	25.00000	25.0000
2.00000	1	3	12.50000	37.5000

3.00000	5	8	62.50000	100.0000
---------	---	---	----------	----------

STAT. BASIC STATS				
FL1_3 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	25.00000	25.0000
2.00000	1	3	12.50000	37.5000
3.00000	5	8	62.50000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FL1_4 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
3.00000	5	5	100.0000	100.0000

Grupo 1, fase recuperação (frente)

STAT. BASIC STATS				
FF2_1 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	20.00000	20.0000
2.00000	3	5	30.00000	50.0000
3.00000	5	10	50.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF2_2 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	10.00000	10.0000
2.00000	1	2	10.00000	20.0000
3.00000	8	10	80.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF2_3 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
		Cumul.		Cumul.

Value	Count	Count	Percent	Percent
1.00000	6	6	60.00000	60.0000
2.00000	3	9	30.00000	90.0000
3.00000	1	10	10.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF2_4 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	4	4	57.14286	57.1429
2.00000	1	5	14.28571	71.4286
3.00000	2	7	28.57143	100.0000

Grupo 1, fase recuperação (lado)

STAT. BASIC STATS				
FL2_1 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	20.00000	20.0000
2.00000	3	5	30.00000	50.0000
3.00000	5	10	50.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FL2_2 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	10.00000	10.0000
2.00000	3	4	30.00000	40.0000
3.00000	6	10	60.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FL2_3 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	7	7	70.00000	70.0000
2.00000	2	9	20.00000	90.0000
3.00000	1	10	10.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FL2_4 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	3	3	60.00000	60.0000
2.00000	1	4	20.00000	80.0000
3.00000	1	5	20.00000	100.0000

Grupo 1, fase follow-up (frente)

STAT. BASIC STATS				
FF3_1 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	66.66667	66.6667
3.00000	1	3	33.33333	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF3_2 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	33.33333	33.3333
2.00000	1	2	33.33333	66.6667
3.00000	1	3	33.33333	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF3_3 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	3	3	100.0000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF3_4 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	66.66667	66.6667
2.00000	1	3	33.33333	100.0000

Grupo 1, fase follow-up (lado)

STAT. BASIC STATS				
FL3_1 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	33.33333	33.3333
2.00000	1	2	33.33333	66.6667
3.00000	1	3	33.33333	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FL3_2 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2.00000	2	2	66.66667	66.6667
3.00000	1	3	33.33333	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FL3_3 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	3	3	100.0000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FL3_4 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	50.00000	50.0000
2.00000	1	2	50.00000	100.0000

Grupo 2 (frente)

STAT. BASIC STATS				
FF1_1 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent

1.00000	7	7	50.00000	50.0000
2.00000	7	14	50.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF1_2 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	7	7	50.00000	50.0000
2.00000	7	14	50.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF1_3 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	10	10	71.42857	71.4286
2.00000	4	14	28.57143	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FF1_4 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	3	3	75.00000	75.0000
2.00000	1	4	25.00000	100.0000

**Grupo 2 (lado)**

STAT. BASIC STATS				
FLI_1 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	8	8	57.14286	57.1429
2.00000	6	14	42.85714	100.0000

STAT. BASIC STATS				
FLI_2 (tesmes.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent

1.00000	8	8	57.14286	57.1429
2.00000	6	14	42.85714	100.0000

FL1_3 (tesmes.sta)				
STAT. BASIC STATS				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	11	11	78.57143	78.5714
2.00000	3	14	21.42857	100.0000

FL1_4 (tesmes.sta)				
STAT. BASIC STATS				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	6	6	85.71429	85.7143
2.00000	1	7	14.28571	100.0000

## ot - Comparação Grupo 1 (fase aguda) com Grupo 2

STAT. Grouping: GR (tesmes.sta)											
BASIC Group 1: G_1:1											
STATS Group 2: G_2:2											
Variable	Mean G_1:1	Mean G_2:2	t-value	df	p	Valid N G_1:1	Valid N G_2:2	Std.Dev. G_1:1	Std.Dev. G_2:2	F-ratio variances	p variances
FF1_1	1.500000	1.500000	0.00000	20	1.000000	8	14	.755929	.518875	2.122449	.228986
FF1_2	2.375000*	1.500000*	2.88360*	20*	.009184*	8*	14*	.916125*	.518875*	3.117347*	.073232*
FF1_3	2.125000*	1.285714*	2.71468*	20*	.013342*	8*	14*	.991031*	.468807*	4.468750*	.019509*
FF1_4	2.400000	1.250000	2.28214	7	.056458	5	4	.894427	.500000	3.200000	.366553
FL1_1	1.625000	1.428571	.73341	20	.471816	8	14	.744024	.513553	2.098958	.235652
FL1_2	2.375000*	1.428571*	3.13095*	20*	.005262*	8*	14*	.916125*	.513553*	3.182292*	.068332*
FL1_3	2.375000*	1.214286*	4.08208*	20*	.000581*	8*	14*	.916125*	.425815*	4.628788*	.016932*
FL1_4	3.000000*	1.142857*	10.83333*	10*	.000001*	5*	7*	0.000000*	.377964*	0.000000*	1.000000*

## Comparação Grupo 1 (fase recuperação) com Grupo 2

STAT. Grouping: GR (tesmes.sta)											
BASIC Group 1: G_1:1											
STATS Group 2: G_2:2											
Variable	Mean G_1:1	Mean G_2:2	t-value	df	p	Valid N G_1:1	Valid N G_2:2	Std.Dev. G_1:1	Std.Dev. G_2:2	F-ratio variances	p variances
FF2_1	2.300000*	1.500000*	2.924988*	22*	.007842*	10*	14*	.823273*	.518875*	2.517460*	.127361*
FF2_2	2.700000*	1.500000*	4.931104*	22*	.000062*	10*	14*	.674949*	.518875*	1.692063*	.376474*
FF2_3	1.500000	1.285714	.894970	22	.380491	10	14	.707107	.468807	2.275000	.173146
FF2_4	1.714286	1.250000	.894016	9	.394592	7	4	.951190	.500000	3.619048	.318489
FL2_1	2.300000*	1.428571*	3.198068*	22*	.004151*	10*	14*	.823273*	.513553*	2.569907*	.119335*
FL2_2	2.500000*	1.428571*	4.310578*	22*	.000283*	10*	14*	.707107*	.513553*	1.895833*	.285404*
FL2_3	1.400000	1.214286	.809345	22	.426984	10	14	.699206	.425815	2.696296	.102214
FL2_4	1.600000	1.142857	1.225703	10	.248393	5	7	.894427	.377964	5.600000	.063485

Comparação entre as perguntas 1 (ver) e 2 (sentir)  
Grupo 2

STAT. BASIC STATS		T-test for Dependent Samples (tesmes.sta) Marked differences are significant at p < .05000						
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF1_1	1.500000	.518875	14	0.00	--	--	13	--
FF1_2	1.500000	.518875						

Grupo 1 - fase aguda

STAT. BASIC STATS		T-test for Dependent Samples (tesmes.sta) Marked differences are significant at p < .05000						
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF1_1	1.500000*	.755929*	8*	-.875000*	.834523*	-2.96561*	7*	.020938*
FF1_2	2.375000*	.916125*						

Grupo 1 - fase recuperação

STAT. BASIC STATS		T-test for Dependent Samples (tesmes.sta) Marked differences are significant at p < .05000						
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF2_1	2.300000*	.823273*	10*	-.400000*	.516398*	-2.44949*	9*	.036787*
FF2_2	2.700000*	.674949*						

Fot - comparação frente e lado  
Grupo 1, fase aguda

STAT. BASIC STATS		T-test for Dependent Samples (tesmes.sta) Marked differences are significant at p < .05000						
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF1_1	1.500000	.755929	8	-.125000	.640870	-.551677	7	.598331
FL1_1	1.625000	.744024						

FF1_2	2.375000	.916125						
FL1_2	2.375000	.916125	8	0.00	--	--	7	--
FF1_3	2.125000	.991031						
FL1_3	2.375000	.916125	8	-.250000	.886405	-.797724	7	.451239
FF1_4	3.000000	0.00						
FL1_4	3.000000	0.00	3	0.00	--	--	2	--

Grupo 1, fase recuperação

STAT. BASIC STATS	T-test for Dependent Samples (tesmes.sta) Marked differences are significant at p < .05000							
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF2_1	2.300000	.823273						
FL2_1	2.300000	.823273	10	.000000	.666667	.000000	9	1.000000
FF2_2	2.700000	.674949						
FL2_2	2.500000	.707107	10	.200000	.632456	1.000000	9	.343436
FF2_3	1.500000	.707107						
FL2_3	1.400000	.699206	10	.100000	.567646	.557086	9	.591051
FF2_4	1.600000	.894427						
FL2_4	1.600000	.894427	5	0.00	--	--	4	--

Grupo 2

STAT. BASIC STATS	T-test for Dependent Samples (tesmes.sta) Marked differences are significant at p < .05000							
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF1_1	1.500000	.518875						
FL1_1	1.428571	.513553	14	.071429	.474631	.563093	13	.582954
FF1_2	1.500000	.518875						
FL1_2	1.428571	.513553	14	.071429	.474631	.563093	13	.582954
FF1_3	1.285714	.468807						
FL1_3	1.214286	.425815	14	.071429	.267261	1.000000	13	.335561
FF1_4	1.333333	.577350						
FL1_4	1.333333	.577350	3	0.00	--	--	2	--

Comparação perguntas 1 (ver) e 3 (ideal)

Grupo 1, fase aguda

STAT. BASIC	T-test for Dependent Samples (tesmes.sta) Marked differences are significant at p < .05000							
----------------	---	--	--	--	--	--	--	--

STATS								
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF1_1	1.500000	.755929						
FF1_3	2.125000	.991031	8	-.625000	1.302470	-1.35724	7	.216838

Grupo 1, fase recuperação

STAT. BASIC STATS								
T-test for Dependent Samples (tesmes.sta)								
Marked differences are significant at $p < .05000$								
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF2_1	2.300000*	.823273*						
FF2_3	1.500000*	.707107*	10*	.800000*	1.032796*	2.449490*	9*	.036787*

Grupo 2

STAT. BASIC STATS								
T-test for Dependent Samples (tesmes.sta)								
Marked differences are significant at $p < .05000$								
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
FF1_1	1.500000	.518875						
FL1_3	1.214286	.425815	14	.285714	.611250	1.748949	13	.103855

Eating Disorder Inventory (EDI) - subescalas

Grupo 1

STAT. BASIC STATS					
Descriptive Statistics (tesmes.sta)					
Variable	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
EDI1_1	8	7.12500	0.000000	16.00000	5.436320
EDI1_2	8	.50000	0.000000	2.00000	.925820
EDI1_3	8	9.12500	1.000000	17.00000	5.514591
EDI1_4	8	5.50000	0.000000	17.00000	6.718843
EDI1_5	8	5.25000	0.000000	14.00000	4.496030
EDI1_6	8	7.25000	0.000000	12.00000	4.891684
EDI1_7	8	6.50000	0.000000	16.00000	6.094494
EDI1_8	8	8.37500	1.000000	13.00000	4.657943
EDI1_9	5	4.40000	0.000000	7.00000	2.966479
EDI1_10	5	4.00000	0.000000	13.00000	5.244044
EDI1_11	5	10.00000	0.000000	18.00000	6.595453
EDI2_1	10	10.20000	1.000000	18.00000	6.14275
EDI2_2	10	4.50000	0.000000	20.00000	6.29374

EDI2_3	10	10.90000	1.000000	26.00000	9.30293
EDI2_4	10	7.40000	0.000000	22.00000	7.01110
EDI2_5	10	6.00000	1.000000	12.00000	4.24264
EDI2_6	10	6.70000	1.000000	16.00000	4.78539
EDI2_7	10	7.80000	0.000000	16.00000	5.51362
EDI2_8	10	7.20000	0.000000	22.00000	8.23003
EDI2_9	9	4.55556	0.000000	11.00000	3.90868
EDI2_10	9	6.66667	0.000000	17.00000	6.06218
EDI2_11	9	8.88889	1.000000	16.00000	5.79751
EDI3_1	3	8.00000	0.000000	15.00000	7.54983
EDI3_2	3	3.33333	0.000000	10.00000	5.77350
EDI3_3	3	11.00000	3.000000	16.00000	7.00000
EDI3_4	3	7.00000	0.000000	19.00000	10.44031
EDI3_5	3	5.66667	0.000000	12.00000	6.02771
EDI3_6	3	3.66667	1.000000	6.00000	2.51661
EDI3_7	3	7.33333	0.000000	21.00000	11.84624
EDI3_8	3	14.00000	6.000000	24.00000	9.16515
EDI3_9	3	5.00000	1.000000	11.00000	5.29150
EDI3_10	3	8.00000	0.000000	20.00000	10.58301
EDI3_11	3	8.33333	4.000000	16.00000	6.65833

Grupo 2

STAT. BASIC STATS	Descriptive Statistics (tesmes.sta)				
Variable	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
EDI1_1	14	2.500000	0.000000	11.00000	3.610881
EDI1_2	14	2.428571	0.000000	8.00000	2.101805
EDI1_3	14	5.000000	0.000000	14.00000	5.574668
EDI1_4	14	3.142857	0.000000	18.00000	5.126960
EDI1_5	14	4.142857	0.000000	10.00000	3.084880
EDI1_6	14	2.857143	0.000000	8.00000	2.769536
EDI1_7	14	5.357143	0.000000	18.00000	5.513719
EDI1_8	14	5.857143	1.000000	11.00000	3.183060
EDI1_9	14	2.571429	0.000000	9.00000	2.277458
EDI1_10	14	3.642857	0.000000	16.00000	5.527653
EDI1_11	14	4.500000	0.000000	14.00000	4.415880

BC - Comparação sujeitos no grupo 1 e 2

STAT. BASIC STATS		T-test for Dependent Samples (tesmes2.sta) Marked differences are significant at p < .05000						
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p
MEDIAB1	2.900000	.631714						
MEDIAB2	3.555000	.437821	5	-.655000	.620333	-2.36103	4	.077576

Correlações EDI/BC: Grupo 1 (fase aguda)

STAT. BASIC STATS		Correlations (tesmes2.sta) Marked correlations are significant at p < .05000	
Variable		MEDIAB1	
EDI1_1		.1591 N=8 p=.707	
EDI1_2		-.0994 N=8 p=.815	
EDI1_3		-.4462 N=8 p=.268	
EDI1_4		-.0706 N=8 p=.868	
EDI1_5		-.7688 N=8 p=.026	* * *
EDI1_6		.1208 N=8 p=.776	
EDI1_7		.0081 N=8 p=.985	
EDI1_8		-.3786 N=8 p=.355	
EDI1_9		.1449 N=5 p=.816	

EDI1_10	.4797 N=5 p=.414
EDI1_11	.6098 N=5 p=.275

Correlações EDI/BC: Grupo 1 (fase recuperação)

STAT. BASIC STATS	Correlations (tesmes2.sta)	
	Marked correlations are significant at $p < .05000$	
Variable	MEDIAB2	
EDI2_1	-.5054 N=10 p=.136	
EDI2_2	-.2016 N=10 p=.577	
EDI2_3	-.7712 N=10 p=.009	* * *
EDI2_4	-.4245 N=10 p=.221	
EDI2_5	-.4041 N=10 p=.247	
EDI2_6	-.3745 N=10 p=.286	
EDI2_7	-.3831 N=10 p=.275	
EDI2_8	-.2808 N=10 p=.432	
EDI2_9	-.4697 N=9 p=.202	
EDI2_10	-.3186 N=9 p=.403	
EDI2_11	-.5694 N=9	

p=.110

Correlações EDI/BC: Grupo 2

STAT. BASIC STATS	Correlations (tesmes2.sta) Marked correlations are significant at p = .05000
Variable	MEDIAB1
EDI1_1	.0039 N=14 p=.990
EDI1_2	-.5743 N=14 p=.032 *
EDI1_3	-.4329 N=14 p=.122
EDI1_4	-.7249 N=14 p=.003 *
EDI1_5	.2761 N=14 p=.339
EDI1_6	-.5783 N=14 p=.030 *
EDI1_7	-.3993 N=14 p=.157
EDI1_8	-.4111 N=14 p=.144
EDI1_9	-.6459 N=14 p=.013 *
EDI1_10	-.4597 N=14 p=.098
EDI1_11	-.7123 N=14 p=.004 *