

**Universidade de Lisboa**

**Faculdade de Medicina**



## **Erros de Ligação**

**As Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida da Pessoa com  
Anorexia Nervosa**

João Daniel Ribeiro dos Santos

*Curso de Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar*

Lisboa, 2012

Esta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em reunião de 15 de Março de 2011.

**Universidade de Lisboa**

**Faculdade de Medicina**



## **Erros de Ligação**

### **As Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida da Pessoa com Anorexia Nervosa**

João Daniel Ribeiro dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Daniel Sampaio, *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*

Todas as afirmações contidas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade do candidato, não cabendo à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa qualquer responsabilidade.

*Curso de Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar*

Lisboa, 2012

**Objectivos:** Este estudo tem como finalidade relacionar a influência das relações afectivas ao longo do ciclo de vida do indivíduo com anorexia nervosa com decurso da sua Doença Mental.

**Método:** Foram constituídos dois grupos de investigação – o grupo clínico (n=60) e o grupo não-clínico (n=77). O primeiro é composto por indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa elaborado de acordo com o DSM-IV-TR, seguidos num hospital central de Lisboa com serviço de psiquiatria. Foram considerados para este grupo os sujeitos de 13 a 30 anos, com o diagnóstico elaborado até um ano e em tratamento. O grupo não-clínico será constituído por indivíduos de 10 a 30 anos, da população em geral sujeitos ao questionário *EDE-Q* e com *score* total inferior ao *score* de *cut-off*. Em seguida, foi aplicado a ambos os grupos um questionário composto por consentimento informado, informação biográfica e os instrumentos: *EDE-Q*, *EVA*, *FCD* e o *EMBU*.

**Resultados:** Quando comparados com pessoas sem perturbação alimentar, os elementos do grupo clínico distinguem-se destes por percepcionarem que a sua infância e adolescência se caracterizaram por maiores níveis de rejeição por parte de ambos os pais, assim como, de sobreprotecção por parte da mãe, e sentirem uma menor proximidade emocional materna. Enquanto adultos, apresentam padrões de vinculação mais ansiosos e evitantes. Adicionalmente, obteve-se uma interacção negativa do estilo educativo materno de suporte emocional com a psicopatologia, no grupo clínico. No grupo não clínico, obteve-se uma interacção positiva entre o padrão de vinculação ansioso e a anorexia nervosa.

**Discussão/Conclusão:** Este estudo demonstra a continuidade entre as relações afectivas na infância e adolescência, as relações afectivas na idade adulta e a saúde mental, nomeadamente a anorexia nervosa.

**Palavras-chave:** anorexia nervosa, relações afectivas, estilos educativos parentais, padrões de vinculação, proximidade emocional

**Objectives:** This study aims to relate the influence of emotional relationships along the life cycle of the individual with anorexia nervosa during his Mental Illness.

**Methods:** We established two research groups - the clinical group (n = 60) and non-clinical group (n = 77). The first was composed of individuals diagnosed with anorexia nervosa, according to the DSM-IV-TR, followed at central hospital with psychiatric service in Lisbon. We considered to this group subjects with 13 to 30 years with the diagnosis given to a year and in treatment. The non-clinical group was composed with individuals with 10 to 30 years, from the general public and was subject to EDE-Q, which total score was below the cut-off score. It was applied to both groups a questionnaire composed of informed consent, biographical information and tools: EDE-Q, EVA, FCD and EMBU.

**Results:** When compared with people without eating disorder, the elements of the clinical group are distinguished by considering their childhood and adolescence were characterized by higher levels of rejection by both parents, as well as of overprotection by the mother and feel less emotional closeness to the mother, while adults have attachment patterns more anxious and avoidant. Additionally, we obtained a negative interaction between parental rearing behaviors of emotional support with psychopathology in the clinical group. In the non-clinical group, we obtained a positive interaction between anxious attachment and psychopathology.

**Discussion/Conclusion:** This study demonstrates the continuity between the emotional relationships in childhood and adolescence, the emotional relationships in adulthood and mental health, including anorexia nervosa.

**Key words:** anorexia nervosa, emotional relationships, parental rearing behavior, attachment styles, emotional closeness

AN – Anorexia Nervosa

DC – Distância entre centros dos círculos

Df – Graus de liberdade

DM – Distância entre as margens dos círculos

E.g. - exemplo

I.C. – Intervalo de Confiança

I.e. – isto é

M - Média

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

QL – Medida Qualitativa

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SD – Desvio-Padrão

SEM – Erro-padrão da média

TAC – Tomografia Axial Computorizada

## AGRADECIMENTOS

---

Gostaria de agradecer a algumas pessoas que facilitaram e possibilitaram a construção deste trabalho...

... Aos meus pais, que sempre me acompanharam ao longo destes anos e que sem eles não teria chegado onde estou;

... Ao meu irmão e à minha cunhada que me apoiaram nas horas difíceis;

... Aos meus sobrinhos, Gonçalo e Rita, que durante alguns fins-de-semana ficaram privados do tio, por estar a trabalhar;

... À Catarina Garcia que me incentivou ao desenvolvimento da formação académica;

... Aos amigos – Susana, Cátia, António, Maria, Zélia, Magda, Luís, Patrícia – pela preocupação e compreensão;

... Aos colegas e amigos no trabalho – Elisabete, Mário, Marta, Orlanda, Susana, Patrícia, Paula, Carla – pelo apoio nas horas de cansaço;

... À Professora Maria Alice Curado pela ajuda e orientação no tratamento estatístico dos dados;

... À Dra. Ana Rita Vaz, pelas conversas de corredor, que facilitaram o arrumar as ideias. Mas também pela partilha da experiência de quem já vivenciou o mesmo processo;

... Ao Pedro por tudo;

... A todos os que, de alguma forma, contribuíram positivamente para a elaboração deste trabalho e que não foram mencionados;

... A todos muito obrigados.

<b>RESUMO</b> .....	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>II</b>
<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>III</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>IV</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>X</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>A ANOREXIA NERVOSA – UMA ABORDAGEM RELACIONAL</b> .....	<b>5</b>
1. ETIOLOGIA .....	8
1.1. Factores Biológicos .....	10
1.2. Factores associados ao Desenvolvimento .....	12
1.3. Factores Culturais .....	14
1.4. Factores Familiares .....	15
2. COMPLICAÇÕES CLÍNICAS .....	22
3. TRATAMENTO .....	23
3.1. Terapia Nutricional .....	24
3.2. Terapia Farmacológica .....	25
3.3. Psicoterapia .....	25
<b>AS RELAÇÕES AFECTIVAS AO LONGO DA VIDA</b> .....	<b>27</b>
1. OS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS .....	29
2. A VINCULAÇÃO .....	35
3. AS RELAÇÕES AFECTIVAS E A SAÚDE MENTAL .....	41
<b>ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	<b>45</b>
1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	46
2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	48
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....	49
4. O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	50
4.1. Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q) .....	50
4.2. Escala de Vinculação do Adulto (EVA) .....	51
4.3. Desenho de Círculos Representativos da Família (FCD) .....	52
4.4. Memórias de Infância (EMBU) .....	53

5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	55
6. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA .....	55
<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
1. A SAÚDE MENTAL .....	58
2. AS RELAÇÕES AFECTIVAS NA INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA .....	60
2.1. Os Estilos Educativos Parentais .....	60
2.2. A Proximidade Emocional aos pais.....	64
2.3. Efeitos globais das relações afectivas na infância/adolescência.....	67
3. AS RELAÇÕES AFECTIVAS NA ADOLESCÊNCIA E FASE ADULTA.....	71
3.1. Efeitos globais das relações afectivas na adolescência e fase adulta .....	72
4. AS RELAÇÕES AFECTIVAS AO LONGO DO CICLO DE VIDA .....	73
4.1. Efeitos globais das relações afectivas ao longo do ciclo de vida .....	76
<b>AS RELAÇÕES AFECTIVAS AO LONGO DO CICLO DE VIDA DA PESSOA COM ANOREXIA NERVOSA.....</b>	<b>79</b>
<b>NOTAS FINAIS .....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>I</b>
ANEXO I. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	II
ANEXO II. AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	XIII
ANEXO III. AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO .....	XV

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1 – Sintomatologia da Anorexia Nervosa. ....	6
Tabela 2 – Factores de Risco para o desenvolvimento de PCA. ....	9
Tabela 3 – Subsistemas Familiares. ....	17
Tabela 4 – Funções Gerais da Família. ....	18
Tabela 5 – Complicações da Anorexia Nervosa.....	23
Tabela 6 – Abordagens Psicoterapêuticas. ....	26
Tabela 7 – Distinção entre a vinculação na criança e as relações interpessoais. .....	38
Tabela 8 - Hipóteses explicativas da influência que as relações têm entre si. .	44
Tabela 9 – Características gerais da amostra. ....	56
Tabela 10 – Estatística descritiva para o EDE-Q. ....	58
Tabela 11 – Teste <i>t</i> -Student para as subescalas do EDE-Q e respectivo Score total. ....	59
Tabela 12 – Estatística descritiva para os elementos do EMBU nos grupos em estudo. ....	60
Tabela 13 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos paternos e maternos do Grupo Clínico (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ). ....	62
Tabela 14 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos paternos e maternos do Grupo não Clínico (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ). ....	62
Tabela 15 – Estatística descritiva para os estilos educativos do Sistema Parental. ....	63

Tabela 16 – Estatística descritiva para a Discrepância entre os estilos educativos paternos e maternos. ....	64
Tabela 17 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional à mãe e os estilos educativos maternos no Grupo Clínico (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ). .	67
Tabela 18 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional ao pai e os estilos educativos maternos no Grupo Clínico (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ).	68
Tabela 19 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional à mãe e os estilos educativos maternos no Grupo não Clínico (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ).	68
Tabela 20 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional ao pai e os estilos educativos maternos no Grupo não Clínico (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ).	69
Tabela 21 – Funções classificatórias (Relações Afectivas na Infância/Adolescência).	70
Tabela 22 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias (Relações Afectivas na Infância/Adolescência).	70
Tabela 23 – Estatística descritiva para os elementos da EVA em ambos os grupos.	71
Tabela 24 – Funções classificatórias (Relações Afectivas na Adolescência e fase Adulta).	72
Tabela 25 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos e os padrões de vinculação no Grupo Clínico (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ).	74
Tabela 26 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos do sistema parental e os padrões de vinculação (* $p < 0.05$ ).	74
Tabela 27 – Matriz de correlações de Pearson entre a discrepância parental nos estilos educativos e os padrões de vinculação (* $p < 0.05$ ; ** $p < 0.01$ ).	75

Tabela 28 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias (Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida).....	76
Tabela 29 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias (Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida).....	77
Tabela 30 – Regressão linear múltipla para os padrões de vinculação com os estilos educativos como preditores (Grupo Clínico). ....	78
Tabela 31 – Regressão linear múltipla para os padrões de vinculação com os estilos educativos como preditores (Grupo não Clínico). ....	78
Tabela 32 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias. ....	81
Tabela 33 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias. ....	82
Tabela 34 - Regressão linear múltipla para a perturbação do comportamento alimentar com as relações afectivas ao longo do ciclo de vida como preditores (Grupo Clínico).....	83
Tabela 35 – Regressão linear múltipla para a perturbação do comportamento alimentar com as relações afectivas ao longo do ciclo de vida como preditores (Grupo não Clínico).....	84

Ilustração 1 – Esquema Conceptual da Anorexia Nervosa. ....	8
Ilustração 2 – Modelo explicativo da saúde mental de acordo com a perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento.....	42
Ilustração 3 – Modelo Conceptual do Estudo.....	48
Ilustração 4 – Estatística descritiva para a proximidade emocional (FCD) à mãe em ambos os grupos.....	65
Ilustração 5 – Estatística descritiva para a proximidade emocional (FCD) ao pai em ambos os grupos.....	66
Ilustração 6 – Modelo teórico de associações entre as relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental. ....	80
Ilustração 7 – Modelo explicativo da influência das relações afectivas ao longo do ciclo de vida da pessoa com anorexia nervosa.....	87

## INTRODUÇÃO

---

O presente trabalho de investigação surge numa continuidade de um processo de crescimento profissional e individual. Iniciado aquando da formação inicial – Curso de Licenciatura em Enfermagem – este trabalho veio, por um lado, reforçar os conhecimentos adquiridos e, por outro, incrementar as experiências cognitivas.

As relações afectivas que se estabelecem ao longo do crescimento e desenvolvimento como pessoa são consideradas por muitos como a parte mais importante das suas vidas. Desta forma, as relações afectivas assumem um papel fulcral no desenvolvimento humano, em particular para a saúde mental/doença mental.

Como profissional de saúde, foram diversos os contextos por onde se passou e várias as experiências adquiridas. Em todos esses contextos e experiências houve algo de contínuo, i.e., um elemento constante, transversal – a Relação Interpessoal.

A Relação Interpessoal é o elemento fundamental da intervenção em saúde, constituindo o componente que permite o desenvolvimento de atitudes, que correspondem às verdadeiras necessidades do cliente. Adicionalmente, se a relação é o elemento fundamental para a prestação de cuidados de saúde, só estando em relação com o outro, é que poderemos ajudar no que ele necessita, compreendendo-o e ajudando-o a ultrapassar o seu problema.

O título deste trabalho de investigação – *Erros de Ligação* – tenta, de uma forma poética, remeter para a importância das relações, como forma de ligação aos outros e ao Mundo. Apesar da sua conotação negativa, deve-se ressaltar que as ligações, ou seja, as relações interpessoais, são elementos determinantes no processo de saúde/doença mental. Na componente descritiva – *As Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida da Pessoa com Anorexia Nervosa* – faz-se o enquadramento do estudo, referenciando-se alguns contributos teóricos do trabalho.

O presente estudo visa analisar a influência das relações afectivas estabelecidas na infância/adolescência na AN; identificar o efeito das relações afectivas estabelecidas na idade adulta na AN; e relacionar a influência das

relações afectivas ao longo do ciclo de vida do indivíduo com AN com decurso da sua Doença Mental.

Esta Dissertação encontra-se dividida em quatro grandes partes – Enquadramento Teórico, Enquadramento Metodológico, Apresentação e Discussão dos Resultados, e Conclusões.

No Enquadramento Teórico explicita-se os contributos de diversas áreas do Conhecimento para a construção deste trabalho. Os conteúdos encontram-se organizados nesta parte no sentido de definir, primeiramente, o foco de intervenção. De seguida, explicita-se o modo como se *olha* e, por último, descreve-se a perspectiva de análise do foco de intervenção. Assim, no capítulo I – *A Anorexia Nervosa – Uma Abordagem Relacional* – desenvolve-se os conceitos referentes à doença e aos sistemas familiares dos indivíduos com AN. No capítulo II – *As Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida* – explicita-se a Vinculação, em termos psicodinâmicos, assim como, a importância das relações parentais no processo de saúde/doença mental e relaciona-se os estilos parentais e os padrões de vinculação com as relações interpessoais do adulto. Também neste capítulo, aborda-se a relação entre a saúde mental e as relações afectivas, pela Psicopatologia do Desenvolvimento.

A segunda parte desenvolve-se no capítulo IV – *Enquadramento Metodológico* –, no qual descreve-se as opções metodológicas referentes ao trabalho de investigação. De acordo com os objectivos de investigação do trabalho e com o tipo de conhecimento que se quis obter, recorreu-se ao desenho de estudo observacional analítico, tendo havido recurso a inquéritos por questionário para a recolha de dados. Este instrumento de recolha de dados foi aplicado num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital central da região da Grande Lisboa.

A terceira parte engloba o capítulo V – *Apresentação e Discussão dos Resultados*. Neste capítulo, descreve-se e discute-se os resultados obtidos na investigação empírica, referentes à análise das relações afectivas ao longo do ciclo de vida em paralelo com diversas dimensões associadas à saúde mental,

no contexto das Perturbações do Comportamento Alimentar, em especial a anorexia nervosa.

A última parte, i.e., as Conclusões, coincide com o capítulo VI – *As Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida da Pessoa com Anorexia Nervosa*. Neste capítulo final, articula-se todos os dados obtidos com as evidências científicas expressas no enquadramento teórico.

**CAPÍTULO I:**  
**A ANOREXIA NERVOSA – UMA ABORDAGEM RELACIONAL**

---

A AN é caracterizada por uma vontade e um comportamento propositado de forma a perder peso. Esta patologia manifesta-se ainda por uma preocupação constante com o corpo, o peso e a comida, medo intenso relacionado com o possível ganho de peso, alteração da imagem corporal e amenorreia nos indivíduos do sexo feminino pós-pubertário. Usualmente, as pessoas com AN perdem rapidamente peso graças a uma redução drástica da quantidade de alimentos ingeridos, assim como, poderão incluir rigorosos esquemas de exercícios físicos (Sadock & Sadock, 2000). Na Tabela 1 pode-se constatar a sintomatologia mais frequente da AN (Videbeck, 2007).

SINTOMATOLOGIA DA ANOREXIA NERVOSA	
Medo de ganhar peso ou de ficar gordo, mesmo quando gravemente emagrecido	Hipotermia e Intolerância ao frio
Alteração da imagem corporal	Letargia
Sintomas depressivos (humor distímico, isolamento social, irritabilidade e insónia)	Edema
Preocupação com a comida e pensamentos associados	Hipertrofia das glândulas salivares
Sentimento de inutilidade	Hipotensão e Bradicardia
Pensamento rígido	Queixas de obstipação e dores abdominais
Necessidade incontrolável de controlar o meio	Hiperurémia
Fraca espontaneidade e embotamento afectivo	Desequilíbrio Electrólítico
	Leucopénia e Anemia
	Função hepática elevada
	Amenorreia

Tabela 1 – Sintomatologia da Anorexia Nervosa.

Segundo o DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (American Psychiatric Association, 2002) a AN diagnostica-se na presença de 4 sinais e sintomas fundamentais:

- Recusa em manter o peso acima ou no valor normal para a idade e altura;
- Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar obeso/gordo, mesmo quando gravemente emagrecido;
- Alteração da forma como o corpo é sentido, assim como na forma corporal, sobrevalorizando o peso ou a forma, apesar da perda de peso ou do baixo peso;

- Nas mulheres e adolescentes, a ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos.

Pelo mesmo documento, a AN apresenta dois tipos específicos, os quais se baseiam na presença de comportamentos purgativos ou crises de voracidade alimentar. As crises de voracidade alimentar definem-se pela ingestão exagerada de alimentos num período de uma hora, que, em comparação com uma pessoa saudável, esta não conseguiria comer. Habitualmente, os alimentos ingeridos nas crises de voracidade alimentar têm texturas e tamanhos que proporcionam estes episódios. Deste modo, no Tipo Purgativo ou Compulsivo existem comportamentos purgativos (e.g. provocar o vômito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, entre outros), assim como, crises de voracidade alimentar, enquanto no Tipo Restritivo apenas se verifica uma restrição da quantidade de alimentos ingeridos (American Psychiatric Association, 2002; Knelter, Schwecke, & Bostrom, 2007).

Segundo o ICD-10 (*International Classification of Diseases*), o diagnóstico da AN faz-se segundo os seguintes critérios (Sampaio, 1999; Cordas, 2004):

- Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e o peso corporal é mantido, pelo menos, 15% abaixo do esperado;
- A perda de peso é auto-induzida pela recusa de “alimentos que engordam”;
- Há uma distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica caracterizada por um pavor de engordar;
- Um transtorno endócrino generalizado, envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado nas mulheres como amenorreia e nos homens como perda do interesse e potência sexuais;
- E um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 17,5.

Esta classificação tem em consideração que se o início da AN for pré-pubertário, a sequência dos eventos da puberdade é demorada ou atrasada. Com a recuperação, a puberdade usualmente decorre normalmente, porém a menarca é tardia. Adicionalmente, os vômitos e/ou purgação auto-induzidos,

exercício em excesso e o uso de anorexígenos e/ou diuréticos corroboram o diagnóstico, não sendo elementos essenciais (Cordas, 2004).

## 1. ETIOLOGIA

Ainda prevalece a ideia que as PCA são doenças recentes ou da moda, de dietas e calorias, resultantes da falta de firmeza dos pais ou doenças que o tempo cura por si só (Sampaio, 1999). Contudo, as PCA são doenças que remontam ao século XVII, de causa multifactorial e onde as pessoas sentem o seu peso como excessivo.

Segundo Sampaio (1999), a AN apresenta uma evolução ao longo da vida de cada um. Esta evolução pode ser dividida em 3 fases (Ilustração 1):

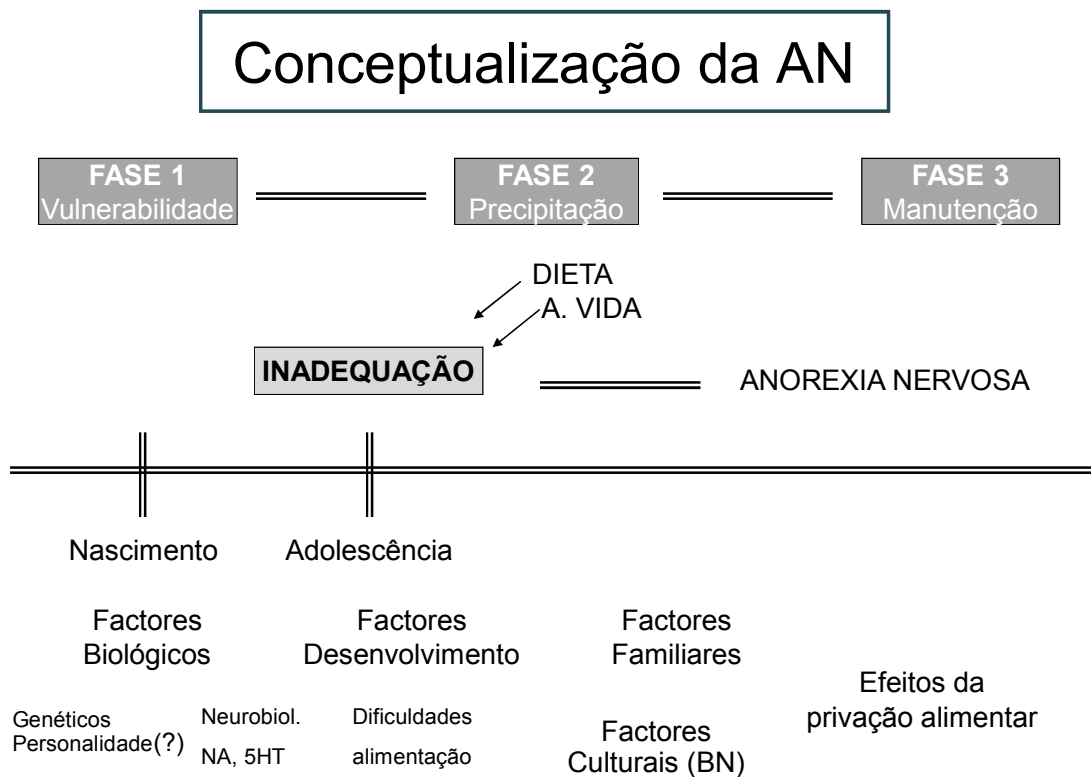


Ilustração 1 – Esquema Conceptual da Anorexia Nervosa.

- Fase 1 – *Vulnerabilidade*: onde os factores biológicos e psicodinâmicos desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento da doença (Tabela 2) (Touyz, Polivy, & Hay, 2008);
- Fase 2 – *Precipitação*: neste período a família, o meio sociocultural envolvente, uma dieta ou um acontecimento de vida marcante (e.g. alterações importantes nas relações familiares, ameaças à segurança física, abuso sexual,...), assim como, o sentimento constante de inadequação nos indivíduos surgem como precipitantes deste quadro clínico (Welch, Doll, & Fairburn, 1997; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, & Resnick, 2000);
- Fase 3 – *Manutenção*: onde a manutenção da privação alimentar resultaria numa doença estável e explicaria as alterações físicas sofridas na AN.

FACTORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PCA		
SOCIOCULTURAIS	FAMILIARES	PERSONALIDADE/PSICOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Género Feminino;</li> <li>• Adolescência;</li> <li>• Etnia/Cultura Ocidental;</li> <li>• Raça (Asiática e Africana são protectoras);</li> <li>• Classe social (pobreza é protectora);</li> <li>• Idealização da magreza (media e dos pares);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãe ou pai em regime alimentar, obesos ou com perturbações alimentares;</li> <li>• História familiares de distúrbios afectivos, da ansiedade, da personalidade ou abuso de substâncias;</li> <li>• Famílias emaranhadas ou muito críticas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa auto-estima;</li> <li>• Insatisfação com o corpo;</li> <li>• Perfeccionismo;</li> <li>• Restrição alimentar;</li> <li>• Rigidez;</li> <li>• Depressão;</li> <li>• Traços obsessivos;</li> <li>• Inibição/isolamento social;</li> </ul>
GENÉTICOS	FISIOLÓGICOS	DESENVOLVIMENTO/AMBIENTAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cromossoma 1;</li> <li>• Parentes em 1º grau com AN;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematuridade;</li> <li>• Trauma perinatal;</li> <li>• Nascimento entre Abril e Junho;</li> <li>• Puberdade precoce;</li> <li>• Elevado IMC;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas digestivos e/ou alimentares durante a infância;</li> <li>• Objectivos/ocupações que valorizem o corpo (ginástica, ballet);</li> </ul>

Tabela 2 – Factores de Risco para o desenvolvimento de PCA.

Como foi referido anteriormente, as PCA são doenças multifactoriais (Tabela 2) e como tal os factores referidos podem não ser suficientes para desencadear a doença isoladamente, assim como, poderão não ser os únicos na génese das PCA (Elgin & Pritchard, 2006; Sampaio, 1999). Nos capítulos seguintes desenvolve-se cada um destes factores.

### 1.1. Factores Biológicos

Entre os factores biológicos que predispõem para as PCA conta-se o sexo. O sexo feminino aparece numa proporção de 10:1 em relação ao sexo masculino na incidência das PCA (American Psychiatric Association, 2002). Porém, estudos recentes referem uma assimetria menor de apenas 4:1 (Baker, Maes, Lissner, Aggen, Lichtenstein, & Kendler, 2009). Esta assimetria acredita-se ser devida à pressão social sobre a mulher para ser bonita, magra e jovial, particularmente nas sociedades ocidentalizadas. Por outro lado, o homem idealiza-se musculado e atlético, e à medida que esta pressão é exercida sobre estes, os comportamentos compensatórios, como o exercício excessivo, actividades purgativas e o uso de esteróides, vão aumentando (Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts, & Colditz, 2001; Kjelsås, Bjørnstrøm, & Gøtestam, 2004; Ousley, Cordero, & White, 2008; Elder, Evans, & Nizette, 2005).

Estudos genéticos realizados descobriram uma susceptibilidade no Cromossoma 1 à AN. Porém, esta susceptibilidade genética pode ser resultante de um tipo específico de personalidade ou uma susceptibilidade generalizada à doença psiquiátrica. Adicionalmente, verifica-se uma maior incidência de PCA em famílias com história de perturbações do humor e perturbações da ansiedade (Videbeck, 2007).

Diversos estudos foram delineados no sentido de compreender a epidemiologia genética da AN. Recentemente, estudos com gémeos revelam 22 a 76% de hereditariedade para esta PCA e salientam a importância do contexto/ambiente único, o qual torna o gémeo único (ao contrário do ambiente

partilhado que confere similitude aos gémeos) (Baker, Maes, Lissner, Aggen, Lichtenstein, & Kendler, 2009; Klump, Suisman, Burt, McGue, & Iacono, 2009).

Estudos imagiológicos em pessoas com AN relatam alterações a nível do sistema nervoso central. Através de RMN e TAC alargamento dos sulcos e ventrículos cerebrais, com atrofia cortical e decréscimo de volume das massas cinzenta e branca (Ehrlich, et al., 2009).

Outras causas biológicas para as PCA são as alterações a nível do hipotálamo, em especial dos dois núcleos associados à saciedade e à fome. Estas alterações levam, por um lado, à diminuição da ingestão de alimentos, assim como, à diminuição da resposta a estímulos para desencadear a fome. Por outro lado, estas lesões hipotalâmicas podem originar o aumento da ingestão, e conseqüente aumento de peso, e uma diminuição da resposta à saciedade originada pela glicose. Este último comportamento verifica-se na AN do Tipo Purgativo/Compulsivo (Videbeck, 2007).

Estudos desenvolvidos a nível dos neurotransmissores não conseguiram concluir se as alterações neuroquímicas constatadas nas pessoas com PCA são causa ou consequência destas. Nestes estudos verificou-se uma diminuição dos níveis de noradrenalina durante o jejum prolongado, os quais estão associados a valores baixos de tensão arterial e de frequência cardíaca. Adicionalmente, foram encontrados baixos níveis deste neurotransmissor nos doentes com AN do Tipo Purgativo/Compulsivo, dado que existe uma ligação entre elevados níveis de serotonina e a saciedade (Kaye, Frank, Bailer, & Henry, 2005; Videbeck, 2007; Morgan, Vecchiatti, & Negrão, 2002).

Estudos relativos ao *brain derived neurotrophic factor* (BDNF) em pessoas em recuperação da AN (i.e., com peso normal para altura e idade) encontraram valores séricos elevados deste neurotransmissor em comparação com pessoas na fase aguda, em especial em indivíduos com AN do tipo restritivo. Este neurotransmissor é expresso no sistema nervoso central e está envolvido no desenvolvimento do sistema nervoso e na reparação e sobrevivência neuronal. Estes resultados podem ser explicados dado haver uma atrofia cerebral com alargamento dos sulcos e ventrículos cerebrais nas

peças com AN. Assim, a elevação dos valores de BDNF está associada à recuperação neuronal ocorrida durante a remissão da AN (Ehrlich, et al., 2009).

Mais recentemente, estudos revelaram níveis de dopamina alterados em doentes com AN, assim como, uma associação estatisticamente significativa entre a frequência do polimorfismo funcional do receptor D2 da dopamina e a AN. Esta associação sugere este factor como predisponente para a doença (Halmi, 2009; Kaye, Frank, Bailer, & Henry, 2005).

## 1.2. Factores associados ao Desenvolvimento

Como foi referido anteriormente, a personalidade e algumas características individuais podem influenciar o aparecimento da AN. Usualmente, as PCA têm uma maior incidência em adolescentes e jovens adultos, devido à fase de maturação e de construção psicossocial e psicossocial. É neste período que se verifica a construção da identidade e se inicia o processo de autonomia em relação aos pais. Como veremos no subtítulo referente aos aspectos familiares, a ausência de definição de papéis, assim como famílias muito rígidas ou caóticas, não promove este crescimento individual. Deste modo, o jovem vê as alterações do comportamento alimentar como forma de controlo sobre si mesmo. Desta situação emergem sentimentos de poder, controlo e até mesmo de superioridade (Touyz, Polivy, & Hay, 2008; Videbeck, 2007).

Por outro lado, as PCA podem ser vistas como uma regressão ao estado pré-pubertário. Neste caso, há uma negação do crescimento, onde se associa o ganho de peso e o crescimento à maturação. Esta regressão é nutrida pela relação de dependência que o jovem mantém com os pais (Chassler, 1997; Kneller, Schwecke, & Bostrom, 2007).

Outro aspecto a salientar, é o comportamento obsessivo com o peso. Este tipo de comportamento é associado a um possível medo de perda de controlo, pela falta de identidade do indivíduo (Kneller, Schwecke, & Bostrom, 2007). Neste contexto, a bibliografia refere que as críticas parentais negativas

sobre o peso e a alimentação aos adolescentes poderão ser preditores de insatisfação com a imagem corporal ou perturbações alimentares (Ata, Ludden, & Lally, 2009; Pike & Rodin, 1991; Smolak, Levine, & Schermer, 1999; Wertheim, Martin, Prior, Sanson, & Smart, 2002).

A bibliografia refere também um paralelismo entre as PCA e os comportamentos aditivos. No caso da AN a compulsão para o exercício físico seria paralelo à compulsão para o consumo. No caso da BN, a perda de controlo no consumo alimentar seria correspondente à perda de controlo no consumo de substâncias (Halmi, 2009).

À semelhança da susceptibilidade genética, acredita-se que a história de abuso sexual possa desencadear uma PCA. Após esta situação traumática, o jovem abusado desenvolve um sentimento de vergonha do *corpo usado*. Adicionalmente, na adolescência e na fase adulta poderá negar o contacto social, referindo desconforto ao contacto físico ou até mesmo um sentimento de invasão. Esta predisposição poderá ser, também, para a doença psiquiátrica em geral (Knelter, Schwecke, & Bostrom, 2007).

Os jovens com PCA, adicionalmente, definem-se como incapazes de demonstrar afecto e sentimentos perante outros. Centram-se muito no *fazer* e no *como agir* perante as situações. Quando confrontados com situações de stress, nas quais são “obrigados” a demonstrar afecto ou assumir uma posição de cuidadores, os jovens com PCA fogem. Esta fuga das situações de troca de afectos é mais marcante para com pessoas significativas. Adicionalmente, durante as fases da infância e adolescência, e mais tarde, em adulto, a pessoa com AN está descrita como tendo maiores dificuldades relacionamento com os pares, menos amigos, maior dificuldade em estabelecer relações de amizade e menor suporte social (Chassler, 1997).

Investigações recentes demonstram que as PCA podem ser perspectivadas como uma exteriorização comportamental de uma perturbação do processo de vinculação, ao invés de problemas no autoconceito e/ou auto-imagem. Estes estudos constataam que as PCA se manifestam nos indivíduos que têm com maior frequência de experiências precoces adversas com as

figuras de vinculação e uma maior prevalência de relações vinculativas inseguras (Carvalho, 2007; Elgin & Pritchard, 2006; Tereno, Soares, Martins, Celani, & Sampaio, 2008). A relação entre os padrões de vinculação e os aspectos psicoemocionais, que caracterizam os indivíduos com AN, serão descritos em maior pormenor no capítulo seguinte.

A personalidade é algo que não se deve descurar no desenvolvimento das PCA. Genericamente, os traços depressivos e a baixa auto-estima associados, no caso da AN, com o perfeccionismo, rigor obsessivo, o controlo, autocrítica severa e o evitamento de conflito, são traços característicos da personalidade destes indivíduos. Estas características são consideradas de forma geral como factores de risco de desenvolvimento da AN (Ghaderi & Scott, 2001; Peck & Lightsey Jr, 2008; Wiseman, Peltzman, Halmi, & Sunday, 2004; Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen, & Sullivan, 2003; Forbush, Heatherton, & Keel, 2007; Elgin & Pritchard, 2006).

A imagem corporal, i.e., o autoconceito, dos indivíduos com PCA encontra-se alterada. Ao contrário de que se pensava, as pessoas com AN não se vêm gordas, mas sim *sentem-se gordas*, mesmo quando se vêm excessivamente magras (Touyz, Polivy, & Hay, 2008; Elgin & Pritchard, 2006; Videbeck, 2007).

### 1.3. Factores Culturais

Apesar de tudo o que se possa afirmar, as PCA são influenciadas pelos padrões sociais e culturais de cada sociedade. Estas doenças têm uma maior incidência e prevalência nos países industrializados, onde abunda a comida e onde o corpo ideal e o ideal de beleza estão associados à magreza (Touyz, Polivy, & Hay, 2008; Videbeck, 2007).

Nos “países ocidentalizados” beleza, desejo e felicidade são coincidentes com magro, bronzeado e corpo definido. Por outro lado, o excesso de peso é encarado com perda de controlo, passividade, desleixo ou indiferença (Videbeck, 2007). Esta preocupação exagerada com o corpo, peso

e aparência, juntamente com uma baixa auto-estima, podem precipitar o aparecimento de PCA. Todo este contexto é fomentado pelos *massmedia* e pelo conceito de beleza irreal que a indústria da moda tenta difundir. Adicionalmente, os amigos e os colegas da escola, através das conversas informais (e.g. roupa, moda, dietas, comidas, entre outros) provocam uma pressão social sobre esta temática (Touyz, Polivy, & Hay, 2008; Elder, Evans, & Nizette, 2005).

Apesar deste contexto social e cultural actual, as PCA encontram-se presentes nas sociedades ocidentais desde a Antiguidade Clássica. Na Roma Antiga existem registos de vomitórios onde se praticava comportamentos semelhantes a *Binge-Eating* seguidos de medidas purgativas – o vómito. Na Idade Média são diversas as descrições de mulheres que livremente passam fome, numa tentativa de obter a santidade, como é o caso de Santa Catarina de Siena no século XIII. Adicionalmente, encontram-se descritos casos de AN nos séculos XVII e XVIII por Morton e Sir William Gull (Halmi, 2009; Fishman & Charles, 2004).

#### 1.4. Factores Familiares

Como refere Benoit (1997) a família funcional apresenta uma estrutura estável com relações coerentes, assim como, uma adaptabilidade do agregado familiar. Com estes parâmetros existe uma coesão sincrónica e uma evolução diacrónica familiares. Tendo como ponto de partida este facto, poder-se-á equacionar: *A estrutura familiar existente nas famílias com pessoas com PCA é causa ou consequência da doença?* Apesar desta indefinição entre etiologia ou consequência, existem algumas semelhanças entre as famílias afectadas com PCA (Cunha, Relvas, & Soares, 2009).

Numa fase em que grandes mudanças ocorrem no adolescente, também as relações entre pais e filhos e o funcionamento familiar no seu todo necessitam de alterar-se, para que as funções primordiais da família – socialização e individualização – se cumpram. A investigação sobre a influência da família nas perturbações alimentares começou por debruçar-se sobre

amostras clínicas, encontrando características no funcionamento familiar que dificultavam o cumprimento destas funções. Excessivo emaranhamento, superprotecção, rigidez, evitamento de conflitos, coligações familiares e conflitos conjugais não resolvidos, eram frequentemente encontrados nas famílias de indivíduos com AN, enfatizando a intervenção familiar como uma componente essencial na recuperação dos doentes (Bruch, 2001; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978; Palazzoli, 1978).

---

*Estas diversas pesquisas, longe de me levarem a considerar que certos tipos de família provocam certas patologias, conduziram-me (...) a pensar que um certo número de mecanismos fundamentais existe em todas as famílias e que quando eles são perturbados (...) abrem a porta a perturbações diversas. Na minha opinião, o que faz com que, para um ou mais membros da família, a saída seja a (...) a anorexia (...), depende bem mais do contexto e dos acontecimentos, e provavelmente do terreno biológico, do que da dinâmica familiar. Por contexto, entendo aqui o estatuto social, o meio cultural, o ambiente imediato, as influências do meio escolar ou profissional, etc. Por acontecimento, entendo os tempos fortes da vida familiar (...), os percursos individuais de cada um dos membros, o lugar na fratria, a influência do grupo de amigos, etc.*

(Ausloos, 1997, p. 141)

---

Usualmente na literatura descrevem-se estas famílias como “anorécticas”, quando esta definição está incorrecta. Contudo, esta categorização tenta apenas agrupar um conjunto de famílias que têm entre os seus elementos um indivíduo com PCA. Também, tem-se de ter em consideração que no processo de adoecer mental, no caso específico das PCA, os indivíduos têm um papel activo, não sendo vítimas nem vitimam as suas famílias (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

---

*Família é um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.*

(Sampaio cit. Alarcão, 2002, p. 39)

---

Uma das teorias explicativas destas famílias provém da Psicologia Sistémica. Nesta disciplina a família é vista como uma entidade regida por leis próprias, onde os indivíduos interagem uns com os outros, e não como um somatório de indivíduos. Apenas deste modo se poderá compreender quais as estruturas familiares que transformam os conflitos emocionais em sintomas psicossomáticos.

Este conjunto “família” é constituído por subsistemas em permanente relação, mas também, é algo que está para além dos elementos que o constituem, pois a família é influenciada por outros supra-sistemas, como o social, o económico, entre outros (Sampaio, 1991). Para Minuchin, Rosman, & Baker (1978), existem diferentes subsistemas que, interagindo entre si, constituem uma família (Tabela 3).

<b>SUBSISTEMAS FAMILIARES</b>	
<b>INDIVIDUAL</b>	Constituído pelo indivíduo em questão que, mesmo desempenhando o seu papel familiar, assume simultaneamente funções nos outros subsistemas.
<b>CONJUGAL</b>	Composto pelo casal e que serve de modelo relacional para os filhos. É um subsistema que implica a definição de limites relativamente às famílias de origem, e até aos filhos, e que, apesar de implicar alguma perda de individualidade (pressupondo a interdependência dos participantes), é rico na conquista de sentimentos de pertença.
<b>PARENTAL</b>	Visa a educação e a protecção dos filhos, apoiando o desenvolvimento e crescimento das crianças com vista à sua socialização, incrementando os sentimentos de pertença, respeito e relação com os pais.
<b>FRATERNAL</b>	Subsistema do qual fazem parte os irmãos; é o espaço onde a criança desenvolve as capacidades de relação com o outro, com um grupo de pares, constituindo os irmãos agentes socializadores, irrompendo, através destas vivências, um “laboratório da vida social”.

**Tabela 3 – Subsistemas Familiares.**

Para que a família exerça o seu papel de forma equilibrada, é fundamental que os seus subsistemas co-actuem harmoniosamente, sendo que qualquer alteração num deles em particular irá, de algum modo, influenciar o desempenho do todo (Sampaio, 1991). Segundo Duvall e Miller existem funções gerais que competem às famílias e que se adaptam geralmente a todas as estruturas familiares (Tabela 4) (Lancaster & Stanhope, 1999).

<b>FUNÇÕES GERAIS DA FAMÍLIA</b>	
<b>Gerar afecto</b>	Laços emocionais que são criados e mantidos por todos os elementos da família e contribuem para a estabilidade familiar.
<b>Proporcionar segurança e aceitação pessoal</b>	A família promove um lar harmonioso onde os seus membros se sintam bem e se desenvolvam por si próprios.
<b>Facultar satisfação e sentimento de utilidade</b>	Os seus membros têm prazer em viver juntos através de actividades que os satisfazem.
<b>Assegurar a continuidade das relações</b>	Promoção da construção de relações afectivas agradáveis e duradouras entre os membros da família.
<b>Proporcionar estabilidade e socialização</b>	A família transmite a cultura aos seus membros e funciona como fonte primária de socialização, ajudando-os a integrarem-se dentro da sociedade em que vivem. Toda a família tende a transmitir às gerações futuras os seus hábitos, costumes, valores.
<b>Impor autoridade e o sentimento do que é correcto</b>	É no seio familiar que se adquirem regras, direitos, obrigações e responsabilidades características da sociedade em que está inserida.

Tabela 4 – Funções Gerais da Família.

A família “psicossomática” apresenta uma estrutura encerrada sobre si, i.e., do tipo clã, interacções rígidas, sobreprotecção dos elementos e uma incapacidade de resolução de conflitos (Apfeldorfer, 1993). Esta estrutura familiar do tipo “panela de pressão”, na qual os sentimentos e emoções são vividos intensamente, cria um ambiente de hipersensibilidade dos elementos. Estes, quando deparados com uma situação de stress, tentam socorrer ou alterar esse processo de forma ansiosa, desenvolvendo reacções, inadequadamente, exacerbadas (Apfeldorfer, 1993). Para Minuchin, Rosman, & Baker (1978) estas famílias denominam-se de famílias emaranhadas. Estas famílias são dominadas por movimentos centrípetos e por um mito de união familiar. Também para o mesmo autor existem famílias desmembradas, nas

quais se estabelecem fronteiras demasiadamente rígidas no seu interior e excessivamente difusas com o exterior, originando movimentos centrífugos.

Outro aspecto a salientar é a falta de limites dos elementos destas famílias. Os indivíduos encontram-se tão interligados que não se conseguem autonomizar, ter privacidade ou até mesmo identificar-se como indivíduos. Este sentimento de fusão, a indefinição dos papéis familiares e a dificuldade na expressão de tensões e sentimentos entre indivíduos da família geram uma artificialização das relações (Cunha, Relvas, & Soares, 2009; Apfeldorfer, 1993).

Estas características dos subsistemas familiares estão descritas por Minuchin, Rosman, & Baker (1978). Segundo os autores, existem três tipos de limites ou fronteiras entre os subsistemas familiares. Por um lado, os limites difusos marcados por uma grande permeabilidade que sustentam a indiferenciação dos subsistemas. Por outro, os limites rígidos, os quais dificultam a comunicação e compreensão entre os elementos.

Adicionalmente, existe a concepção de limites claros, os quais delimitam o espaço e as funções de cada subsistema, havendo um determinado grau de trocas entre cada um deles (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Esta concepção tem subjacente o conceito de ligação/proximidade emocional, pois de alguma forma caracteriza as relações que se estabelecem entre o indivíduo com AN e os seus familiares (Cunha, Relvas, & Soares, 2009).

Estes autores cruzam os conceitos de famílias emaranhadas e desmembradas com os limites difusos, claros e rígidos. Assim, as famílias podem ser classificadas segundo um *continuum* que vai desde o pólo emaranhado, onde os limites são difusos, até ao pólo desmembrado, no qual os limites são rígidos. Pelo meio deste *continuum* encontramos os limites claros (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Esta estrutura familiar não é factor etiológico para o desenvolvimento das PCA.

Nestas famílias, os indivíduos, em especial os afectados com PCA, têm uma percepção pouco diferenciada de si e dos outros elementos da família, uma dificuldade de distinguir o self do não-self, um sentimento de falsa vivência

e uma dificuldade na expressão de sentimentos menos positivos (Cunha, Relvas, & Soares, 2009; Apfeldorfer, 1993). Segundo Apfeldorfer (1997), o facto de muitas famílias com PCA terem histórias de abusos sexuais leva a pensar que estas poderão ser fantasias incestuosas do jovem, derivadas da indefinição de papéis e das relações ambíguas.

A indefinição dos papéis parentais e filiais é algo comum nas famílias com PCA. Nesta visão, os filhos encaram os papéis de pais e assumem a responsabilidade e o comando da família, apesar da sua franca imaturidade. Esta inversão ou troca de papéis é algo que não é marcado nem sentido como tal, mas sim como necessidade do dia-a-dia. Um acontecimento que pode marcar o início desta troca de papéis é, e.g., o nascimento de um irmão no qual o filho mais velho assume a responsabilidade de tomar conta do irmão mais novo. Esta postura de cuidador poderá ser difundido a toda a família, i.e., o novo elemento cuidador começa a centrar em si a responsabilidade da gestão familiar e a culpabilizar-se pelos contratempos familiares (Chassler, 1997; Cunha, Relvas, & Soares, 2009).

Adicionalmente, os jovens descrevem uma relação de confidentes em relação aos pais, i.e., ao invés de serem os pais os contentores dos filhos, constata-se o inverso. Também, o filho com PCA surge no meio do casal como *pombo-correio*. Este sentimento de *bola de pingue-pongue*, ou de aliado por uma das partes, cria sentimentos de culpa e de desadequação do filho, em especial, quando surgem conflitos entre os pais (Chassler, 1997; Cunha, Relvas, & Soares, 2009).

Outro aspecto que emerge da literatura é o sentimento de *mau pai* e/ou *má mãe*. Esta definição é derivada do facto de serem os pais, por obrigação biológica, que cuidam e nutrem os seus filhos. Quando um filho se recusa a comer, ou então quando este se alimenta apenas quando está internado, desperta nos pais um sentimento de incapacidade e de falha no cumprimento do papel parental. Muitos destes pais e mães obedecem a um padrão, i.e., são quase sempre distantes, têm dificuldade em exprimir sentimentos, em especial ternura e calor humano (Apfeldorfer, 1997).

Diversos estudos revelam que os doentes com PCA referem que os pais são menos atenciosos e mais controladores. Já os estudos só com doentes com AN não são consistentes: as mães são referidas como menos atenciosas e os pais são referidos como menos atenciosos ou mais controladores (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008). Para os mesmos autores (2008) a qualidade da relação parental está associada ao desenvolvimento das PCA, mas também à severidade da psicopatologia.

Os mecanismos responsáveis pelos efeitos intergeracionais não são completamente explícitos na bibliografia. Existem autores que defendem uma abordagem segundo a Teoria da Vinculação, outros pelas Teorias da Aprendizagem e ainda outros com a junção das duas. De acordo com a teoria da vinculação os *working models* são transmitidos ao longo das gerações e são responsáveis pela continuidade dos comportamentos parentais. Assim, as experiências controladoras e menos atenciosas de um pai com o seu próprio pai irá influenciar/modelar a forma de se relacionar com o seu filho. Segundo as Teorias da Aprendizagem, os pais aprendem a relação pai-filho com os respectivos pais segundo modelação e reforço. Assim, imitam esta relação, transpondo-a para os filhos (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008).

Bruch (1973) sublinha que a falha materna em fornecer respostas externas adequadas às necessidades internas da criança, leva a confusão entre experiências emocionais e necessidades biológicas. A mesma autora (1982) refere que as características da personalidade e do comportamento das doentes com AN estão relacionadas com a pouca promoção da independência durante a individualização/adolescência. Também se encontra referência na bibliografia à AN, como distúrbio do self, que resulta de uma crónica inabilidade parental para manter uma atitude empática com os filhos (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008).

Apesar destas falsas vivências, adversidades da vida familiar, indefinição de papéis e sentimentos não expressos, as famílias com PCA são vistas como famílias perfeitas. Kinston refere mesmo que é esta preservação das aparências sociais que movem o sistema familiar. Estes pais criam para o

mundo exterior uma ilusão de família ideal, quase que família-modelo, porém um pouco mais desagregada (Apfeldorfer, 1993).

Para os pais dos jovens com PCA, por vezes, caracterizados como frágeis, ansiosos, depressivos ou insatisfeitos, os filhos são vistos como extensão dos próprios. Os pais projectam no filho todos os seus sonhos, ambições e desejos não realizados durante a sua vida. Os sucessos alcançados pelo filho são anexados pelos pais, de forma a valorizarem-se como pais, i.e., como prova das suas capacidades parentais. Nesta situação os filhos, definidos como objectos narcísicos, tentam afirmar aos pais que estes são bons pais e, para tal, torna-se um filho modelo: gentil, manso, amável, trabalhador, brilhante, ... Este dinamismo funciona até à adolescência, altura que o jovem se confronta com a sua própria identidade (Apfeldorfer, 1993).

Outra teoria explicativa da estrutura familiar concebe a família com uma estrutura caótica. Ao contrário do que constatava os outros modelos, esta família apresenta frequentemente situações de discussões e disputas de poder. Os pais oscilam, frequentemente, entre o autoritarismo e o desleixo. Nestas famílias, adicionalmente, verifica-se que um dos pais tem um papel mais activo para com os filhos, enquanto outro é mais passivo (e.g. poderá estar ausente, divorciado, falecido, entre outros) (Apfeldorfer, 1993).

## **2. COMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

As complicações da AN, por vezes, são confundidas com a sintomatologia, dado que os doentes, quando chegam às consultas ou ao Serviço de Urgência, encontram-se num estado muito avançado da doença. Porém, se as pessoas com AN não recorrerem a tratamento em tempo útil, havendo correcção dos desequilíbrios, esta situação poderá levar à morte. A Tabela 5 tenta sistematizar as principais complicações da AN (Assumpção & Cabral, 2002; Elder, Evans, & Nizette, 2005; Videbeck, 2007).

<b>COMPLICAÇÕES DA ANOREXIA NERVOSA</b>			
<b>CARDIOVASCULARES</b>			
Fadiga	Bradycardia	Perda de miocárdio	Arritmias
Fraqueza	Hipotensão	Coração de dimensões pequenas	Paragem cardíaca
<b>PULMONARES</b>			
Taquipneia ou Bradipneia		Edema pulmonar	Pneumomediastino
<b>RENAIS</b>			
Hipocaliémia	Hipomagnésémia	Edema	Oligúria
Alcalose hipoclorémica	Desidratação	Insuficiência renal	Anúria
<b>GASTROINTESTINAIS E DENTÁRIAS</b>			
Hipertrofia das glândulas salivares e do pâncreas	Esofagite	Retardamento do esvaziamento gástrico	
Erosão do esmalte/dentina	Incompetência do cárdia	Dores abdominais	
Cáries dentárias	Saciedade rápida	Diarreia	
	Ruptura gástrica	Obstipação	
	Plenitude		
<b>HEMATOLÓGICAS</b>			
Leucopénia	Anemia	Trombocitopénia	
<b>ENDÓCRINAS E METABÓLICAS</b>			
Hipotiroidismo	Baixos níveis de LH e FSH	Hipercarotenémia	
Hipoglicémia	Hiperurémia	Amilase sérica aumentada	
Amenorreia	Hipercolesterolémia	Hipotermia	
<b>MÚSCULO-ESQUELÉTICAS E DERMATOLÓGICAS</b>			
Sinal de Russell	Osteoporose	Pele seca e frágil	Alopécia
Perda de massa muscular	Fracturas patológicas	Lanugo	Acrocianose
<b>NEUROLÓGICAS</b>			
Convulsões	Neuropatias	Tetania	
Alargamento dos sulcos cerebrais	Dilatação dos ventrículos	Atrofia cerebral (reversível)	
<b>PSIQUIÁTRICAS E PSICOLÓGICAS</b>			
Depressão	Perturbação da Personalidade	Ideação suicida	
Anedonia	Comportamentos Obsessivo-compulsivos	Abuso de substâncias	
Alterações do sono	Diminuição da concentração	Rigidez de pensamento	
	Pensamento repetitivo	Alteração da imagem corporal	

Tabela 5 – Complicações da Anorexia Nervosa.

### 3. TRATAMENTO

Consequência da sua etiologia multifactorial, o tratamento da AN deverá ser visto de uma forma multidisciplinar. Assim, o processo de cura será mais eficaz. Alguns princípios devem reger a acção da equipa multidisciplinar. Entre eles salienta-se a firmeza e a congruência. Deste modo, havendo um diálogo prévio entre todos os elementos da equipa, de forma a estabelecer regras formais, as quais não podem ser descuradas, assim como partilhar a informação, estar-se-á a potenciar o tratamento. Assim, o doente com AN vê a

equipa como um todo, não havendo possibilidade de quebra das regras pré-definidas ou do estabelecimento de alianças com determinados elementos da equipa, as quais poderiam ser proveitosas para o doente. Este ambiente terapêutico tenta, de uma forma disruptiva, destituir o indivíduo dos hábitos que carrega do ambiente familiar (Knelter, Schwecke, & Bostrom, 2007).

O tratamento da AN é algo complicado de iniciar dado que a maioria dos doentes recusa o tratamento dada a natureza ego-sintónica da AN, pois os indivíduos com AN consideram o seu estado de extrema magreza não como doença, mas sim como um objectivo a alcançar (Elder, Evans, & Nizette, 2005).

### 3.1. Terapia Nutricional

A terapia nutricional assenta na recuperação do peso para valores normais para altura e idade, na reabilitação nutricional e na correcção dos desequilíbrios hídricos e electrolíticos. Aos doentes hospitalizados deve ser monitorizado o peso, a comida ingerida, a ingestão de calorías e o débito urinário. Também estes doentes deverão ser vigiados de forma a evitar comportamentos purgativos. No caso de doentes em ambulatório deverá haver uma vigilância semanal do peso e uma avaliação do equilíbrio electrolítico, assim como, um exame físico regular (Sadock & Sadock, 2000).

O indivíduo com AN, quando forçado a entrar no processo de reabilitação nutricional, refere sentimentos de culpa e de descontrolo. Alguns indivíduos com AN vêem a comida como fonte de prazer, o qual não deveriam ter direito. Por outro lado, referem uma falta de controlo do seu comportamento alimentar, o que poderá levar à ingestão desmesurada de comida. Adicionalmente, ao haver uma intervenção forçada nesta área o jovem sente-se violado, invadido, pois esta era para si a única forma de controlo sobre si e o ambiente (Videbeck, 2007).

### 3.2. Terapia Farmacológica

Actualmente não há nenhuma intervenção farmacológica específica para o tratamento da AN. Usualmente, a psicofarmacologia usada na AN está dirigida para o tratamento dos estados ansiosos, depressivos, alterações somáticas ou outras co-morbilidades associadas a esta patologia (Knelter, Schwecke, & Bostrom, 2007). Entre os medicamentos usados contam-se os ansiolíticos, antipsicóticos e antidepressivos.

Os Ansiolíticos poderão ajudar o doente no controlo da sua ansiedade às refeições, assim como podem diminuir a intensidade de episódios de Compulsividade Alimentar. Os Antipsicóticos podem promover o aumento de peso. Porém, desconhece-se se este efeito é terapêutico ou se é um efeito secundário desta medicação. Adicionalmente, os Antipsicóticos terão efeito sobre a distorção da imagem corporal. Por último, os Antidepressivos, em especial os Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (SSRI), demonstraram uma grande eficácia na redução dos comportamentos purgativos, das crises de voracidade alimentar e da depressão (Knelter, Schwecke, & Bostrom, 2007).

### 3.3. Psicoterapia

Várias são as abordagens psicoterapêuticas para o tratamento da AN, as quais são utilizadas em diferentes estádios da doença, ou de acordo com a necessidade individual do doente. As mais utilizadas estão descritas na Tabela 6.

<b>ABORDAGENS PSICOTERAPÉUTICAS</b>	
<b>Terapia Psicanalítica</b>	Nesta terapia acredita-se que o presente é regido e moldado pelo passado. Através de uma exploração psicológica, a pessoa poderá atingir uma maior compreensão das forças psicodinâmicas que determinam as suas acções, podendo, assim, alterar comportamentos. Neste processo de exploração psicológica, o terapeuta deverá ter uma atitude contentora, i.e., receptáculo de sentimentos, afectos e experiências dolorosas (Gorgati, Holceberg, & Oliveira, 2002). Esta forma de terapia apenas é usada quando se acredita que o doente se encontra num estágio capaz de beneficiar deste processo (Santucci, 2010).
<b>Psicanálise</b>	O enfoque desta terapia psicanalítica é o autoconhecimento e a correcção de erros de desenvolvimento, para que possa existir uma reorganização da personalidade. Adicionalmente, a análise do conteúdo dos sonhos, assim como associações livres, é algo frequente nesta terapia. Esta forma de tratamento está mais indicada para as pessoas localizadas no lado mais saudável do espectro da AN (Santucci, 2010).
<b>Terapia Interpessoal</b>	Esta terapia é usada por curtos períodos de tempo. Os indivíduos são ensinados a avaliar as suas relações e interacções com outros, de forma a compreender que os conflitos interpessoais não são agentes etiológicos da AN, mas sim agentes de manutenção destas doenças (Santucci, 2010).
<b>Terapia Familiar</b>	Neste contexto há uma grande variedade de posturas face a esta terapia. Alguns terapeutas vêem como tratamento para a família, outros como tratamento com a família. Apesar destas posturas, a terapia familiar deve ser sempre considerada, em especial nos casos de doentes adolescentes que vivam com os pais, nas situações de crise conjugal ou em doentes com conflitos familiares (Santucci, 2010).
<b>Terapia Cognitivo-comportamental</b>	Esta forma terapêutica mostrou ser mais eficaz para o tratamento da BN (Abreu & Cangelli Filho, 2004; Videbeck, 2007). Porém, também se utiliza para o tratamento da AN. Nesta terapia, o profissional de saúde, juntamente com o doente, identifica crenças irracionais e padrões de pensamentos ilógicos associados aos comportamentos purgativos, ao comer, às dietas, à imagem corporal e ao exercício intenso. Através desta identificação de ideias (cognição) e de comportamentos, desenvolvem-se estratégias e acções para corrigir estes erros. Esta intervenção é considerada muito directiva e limitada no tempo (Abreu & Cangelli Filho, 2004; Santucci, 2010).

**Tabela 6 – Abordagens Psicoterapêuticas.**

**CAPÍTULO II:**  
**AS RELAÇÕES AFECTIVAS AO LONGO DA VIDA**

---

---

*A ligação emocional é uma ligação relativamente duradoira, em que o parceiro é importante como indivíduo único, que não poderá ser substituído por nenhum outro.*

(Ainsworth, 1994, p. 38)

---

Ao longo do nosso percurso de vida são várias as relações que estabelecemos com o mundo. Algumas mais significativas acompanham o indivíduo desde o nascimento até à morte, outras cuja significância é menor, assim como, a sua duração temporal.

Na bibliografia são vários os conceitos associados a este tema – *relações interpessoais, interacção interpessoal, relações afectivas, ligações afectivas, relações de vinculação, ...* - que por vezes são utilizados como sinónimos (Canavarro, 1997).

Lewis (1988) define *interacção interpessoal* como um conjunto de comportamentos observáveis, os quais são passíveis de ser quantificáveis. Por outro lado, as *relações interpessoais* inferem-se a partir das interacções, tornando-se complexo a sua quantificação. Assim, o comportamento entre dois indivíduos constitui uma interacção, mas um dos elementos da interacção poderá especificar a relação. Já para Bersheid (1986), relação interpessoal é definida como dois indivíduos com impacto um no outro ou de tal forma interdependentes que mudanças ocorridas num deles implicam alterações no estado do outro (Canavarro, 1997).

Ainsworth (1994) define *ligações afectivas* como características individuais, dado serem representadas na sua organização interna, com uma duração prolongada no tempo. Segundo Canavarro (1997), existem diversas formas de conceptualizar as relações afectivas. Porém, a que é mais significativa para o desenvolvimento do tema é a perspectiva das relações afectivas como factores que influenciam diversas áreas do desenvolvimento pessoal.

Para Hartup & Rubin (1986) as relações afectivas são consideradas como o contexto no qual ocorre primariamente a socialização, valorizando a aquisição da comunicação, a regulação dos sentimentos e emoções e a construção do autoconceito. A partir destas, a criança consegue funcionar autonomamente em ambientes mais amplos, aumentando o seu sentido de eficácia pessoal e as suas aptidões sociais em novas situações. Por último, os autores consideram que as relações afectivas durante a infância são utilizadas como modelos para a elaboração de relações afectivas futuras na adolescência e na idade adulta.

Face ao exposto, seguidamente, abordar-se-á o início da construção das relações afectivas, tendo como base as relações estabelecidas com os pais, i.e., figuras de vinculação. No final do capítulo, descreve-se as relações afectivas e a sua relação com a Saúde Mental/Psicopatologia.

## **1. OS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS**

A interacção entre o modelo relacional parental e o bem-estar físico, social e psicoemocional tem vindo a ser estudada através de diversos domínios do conhecimento. Parece, assim, existir múltiplas evidências de que as práticas parentais estão associadas a diversos indicadores de desenvolvimento psicológico e comportamental, como por exemplo, auto-estima, depressão, ansiedade, alterações do desempenho académico, comportamentos agressivos e falta de competência social (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006).

As práticas parentais, ou estilos educativos parentais (na forma mais breve – estilos parentais), podem ser definidas como um conjunto de comportamentos únicos e singulares desenvolvidos pelos pais no decurso do processo de socialização e educação. Por exemplo, os pais ao procurarem desenvolver no seu filho um sentimento de autonomia, poderiam promover situações em que ele poderia expressar as suas próprias ideias, proporcionar momentos de aprendizagens autónomas, entre outras. Contudo, o resultado

desejado, nem sempre é o alcançado pois as práticas parentais podem ser condicionadas por valores, crenças e expectativas, sobre os quais os pais podem não reflectir ou mesmo se dar conta (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006).

Assim, os estilos parentais constituem *“um conjunto de atitudes para com a criança que lhe são comunicadas e que, no seu conjunto, criam um clima emocional no qual os comportamentos dos pais são expressos”* (Darling & Steinberg, 1993, p. 488). Estes comportamentos incluem, tanto os específicos, orientados para objectivos, através dos quais os pais desempenham os deveres parentais – práticas parentais –, como os comportamentos não orientados para um objectivo, como os gestos, mudanças no tom de voz ou ainda, as expressões espontâneas de emoções (Darling & Steinberg, 1993).

O estudo das relações parentais tem incidido fundamentalmente numa vertente tipológica, procurando encontrar e descrever os diversos estilos ou padrões parentais. Por outras palavras, estas concepções procuram partir de dimensões amplas de práticas parentais para a definição de tipos ou estilos parentais. Estes tipos ou estilos parentais são definidos em função do padrão de comportamento parental que predomina em cada uma das dimensões consideradas. Assim sendo, os estilos parentais podem ser entendidos como o contexto emocional no seio do qual as práticas parentais específicas são desenvolvidas (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006).

A revisão de literatura sobre esta temática demonstra que as práticas educativas têm sido agrupadas em duas grandes dimensões, sendo elas a exigência e responsividade. A exigência é caracterizada por atitudes de controlo do comportamento dos filhos, através do estabelecimento de regras e limites. Por sua vez, a responsividade está associada a comportamentos de apoio emocional, comunicação bilateral e estimulação da autonomia. A combinação destas dimensões tem sido utilizada para a caracterização de três estilos parentais amplos, sendo eles os seguintes: autoritário; autoritativo; permissivo (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006).

Esta é uma das tipologias possíveis de estilos parentais, onde o estilo autoritário é caracterizado pelo controlo e avaliação do comportamento da criança de acordo com normas e regras de conduta estabelecidas e tidas como absolutas. Para estes pais, a obediência é tida como uma virtude e existe uma valorização da aplicação de medidas punitivas perante situações de conflito (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006).

Já os pais com estilo parental autoritativo são aqueles que tentam direccionar, de forma racional e orientada, as actividades da criança, de forma a promover o diálogo e raciocínio partilhado. Perante situações de conflito, os pais autoritativos procuram fazer valer a sua perspectiva, sem com isso restringir a da criança, procurando deste modo valorizar os seus interesses e opiniões (Weber, 2004).

Por fim, o estilo parental permissivo é caracterizado por educadores que se tentam comportar de forma não-punitiva e receptiva perante todos os desejos e acções da criança. Os educadores são tidos não como modelo ou agente responsável pelo comportamento da criança, mas antes como um recurso necessário à satisfação dos seus desejos (Weber, 2004).

O estilo parental permissivo pode ser subdividido em dois outros subtipos, sendo o estilo parental indulgente e estilo negligente. Os educadores indulgentes são descritos como responsáveis e não exigentes, enquanto os educadores com estilos parentais negligentes não são exigentes nem responsáveis. Os educadores negligentes procuram evitar o conflito com a satisfação imediata de todos os pedidos da criança. O estilo parental negligente, nem sempre é sobreponível à negligência abusiva, pelo que estes conceitos devem ser diferenciados. No estilo parental negligente, os educadores demitem-se do seu papel como educadores, o que leva, a longo prazo, a uma diminuição desta função até que reste apenas uma relação funcional mínima entre os pais e os filhos. Já na negligência abusiva os responsáveis deixam de satisfazer as necessidades físicas, sociais, psicológicas e intelectuais básicas da criança (Weber, 2004).

No instrumento EMBU, como se descreve no Enquadramento Metodológico, que procura avaliar a existência de determinadas práticas educativas durante a infância e adolescência do indivíduo, em relação a cada um dos pais separadamente, propõe a existência de três estilos parentais, sendo eles os seguintes: suporte emocional; rejeição e sobreprotecção.

Para os autores Arrindell, Van der Ende, em concordância com Rollins e Thomas, o estilo parental de suporte emocional é tido como o conjunto de comportamentos (e.g. aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho, entre outros) dos pais perante o filho para que este se sinta confortável com a sua presença e lhe confirmem a ideia de que ele é aceite como pessoa pelos seus pais (Canavarro, 1999).

O estilo parental de rejeição é definido como o leque de comportamentos dos pais, a fim de modificar a vontade do filho e que são sentidos por este como uma rejeição de si mesmo como indivíduo. Alguns comportamentos que recaem nesta categoria são, e.g., aplicação de castigos físicos, privação de objectos ou privilégios ou aplicação directa de força, com vista à modificação do comportamento do filho, desvalorização do ponto de vista do filho e das suas necessidades (Canavarro, 1999).

Por fim, o estilo parental de sobreprotecção é tido como o conjunto de práticas parentais com vista à protecção excessiva perante experiências indutoras de stress e adversidades, bem como uma elevada intrusividade em todas as actividades dos filhos. Este estilo parental é caracterizado ainda pelo estabelecimento de elevados padrões de desempenho em determinadas actividades (e.g. escolar) e imposição de normas rígidas aos filhos, aos quais é exigida uma obediência total (Canavarro, 1999).

O estudo não só tipológico, mas também compreensivo, das práticas e relações no seio familiar tem demonstrado que a qualidade dessas relações joga um papel importante na emergência de perturbações psico-emocionais ao longo do ciclo de vida da pessoa. Por exemplo, filhos de pais com estilo parental autoritário tendem a apresentar um desempenho escolar moderado, sem alterações do comportamento, mas manifestam porém fracas

competências sociais, baixa auto-estima e predisposição para a depressão (Weber, 2004).

Tendo presente o que foi dito anteriormente, a compreensão das PCA, em geral, e dos indivíduos com AN, em particular, à luz das relações e estilos parentais assume particular relevância para a intervenção de clínica junto destes indivíduos. Esta importância emerge do entendimento que o sistema familiar e as relações que a caracterizam constituem a matriz para a construção da identidade (Simpson & Rohles, 1998).

O sistema de relações parentais dos indivíduos com AN é geralmente caracterizado pelo privilégio da proximidade e do contacto interpessoal, em detrimento da autonomia e auto-realização. No seio das relações parentais que caracterizam a família da pessoa com AN, a ênfase é colocada no bem-estar físico e na satisfação das necessidades psicobiológicas (e.g. alimentação, dietas, convenções sociais à mesa), com um menor investimento na promoção da autonomia e das relações extrafamiliares. Esta característica tende a promover momentos de conflito ao longo do desenvolvimento, nomeadamente na adolescência em que o indivíduo deveria desinvestir nas relações parentais e investir nas relações com os pares. Ainda que as fronteiras que separam este sistema familiar do exterior sejam intensas, a estrutura e os limites que caracterizam as relações parentais das pessoas com AN tendem a ser difusos e fracos (Simpson & Rohles, 1998).

Diversos autores referem que a perspectiva da pessoa sobre os estilos educativos é mais significativa para a psicopatologia que uma avaliação mais objectiva. Num estudo com o PBI (*Parental Bonding Instrument*) que avalia os estilos educativos parentais segundo duas escalas "Cuidar" e "Protecção/Controlo", 35 doentes com AN referiram que as mães eram menos atenciosas que as mães do grupo de controlo. Noutro estudo com recurso ao EMBU, há referências a estilos educativos, especialmente maternos, de rejeição e controlo nos indivíduos com AN do que no grupo de controlo (Castro, 2000).

Por outro lado, diversos estudos sobre os estilos educativos parentais em adolescentes demonstraram que a percepção de suporte emocional, rejeição ou sobreprotecção dos adolescentes com AN não eram significativamente diferente da percepção dos adolescentes da população em geral. Contudo, a AN pode influenciar todo o processo de individualização e autonomia do adolescente. A percepção do estilo parental de rejeição e em especial do estilo parental de sobreprotecção pode aumentar ao longo da evolução da doença devido às tentativas dos pais em controlar e/ou modificar a situação (Castro, 2000).

Decompondo o sistema familiar dos indivíduos com AN nas relações que este indivíduo mantém com a mãe e pai, podemos encontrar referências teóricas que procuram caracterizar as particularidades de cada uma destas relações. A figura materna é frequentemente descrita na literatura, como excessivamente intrusiva, nomeadamente em fases precoces do desenvolvimento, dificultando, deste modo, a construção de uma identidade sólida, estável e autónoma. À semelhança do que foi dito anteriormente, estes indivíduos terão visto as suas necessidades fisiológicas básicas satisfeitas, mas não de acordo com as suas vontades, mas sim com as da sua mãe, deixando estes indivíduos incapazes de identificar as suas próprias sensações e acções (Nodin & Leal, 2005).

Por sua vez, a figura paterna da pessoa com AN é muitas vezes descrita como sendo passiva e de estrutura obsessiva. Em oposição materna, autores referem-se à figura paterna como sendo calorosa, permissivo e que interfere pouco nas decisões da família. A relação com a figura paterna é muitas vezes descrita como superficial, de tal forma que esta figura apagada tende progressivamente a perder o seu valor diferenciador no seio da relação do casal e relação paternal (Nodin & Leal, 2005).

Todos estes aspectos que caracterizam o sistema familiar e relações parentais nos indivíduos com AN, não só condicionam o bem-estar e o autodesenvolvimento destes indivíduos, como também a forma como estes exploram o mundo exterior e as relações interpessoais.

## 2. A VINCULAÇÃO

Para se compreender a importância da vinculação para a determinação dos modelos de relações interpessoais, nomeadamente os que caracterizam os indivíduos com AN, passar-se-á, em revista, os contributos de algumas teorias psicodinâmicas, sobre o estabelecimento das relações precoces e padrões de vinculação ao longo do ciclo de vida.

Na teoria do Auto-erotismos de Freud a relação precoce do bebé com figura materna é quase nula, pois o bebé não tem objecto relacional, estando voltado sobre si mesmo. No entanto, na sua posterior reformulação teórica, da escolha objectal anaclítica, Freud postula que o bebé utiliza primeiramente a figura materna para a satisfação das suas necessidades instintivas. Posteriormente, esta relação sem objecto desenvolve-se numa relação objectal com a mãe, enquanto elemento organizador o seu ego. Esta concepção é ainda sustentada pela obra de Anna Freud, que refere que a primeira relação do bebé, não é a relação objectal materna, pois no primeiro ano de vida passa-se do narcisismo primário para o amar objectal. É da satisfação repetida das necessidades corporais que nasce o investimento da libido nas relações com as pessoas do mundo exterior. O último autor e defensor da Teoria do Impulso Secundário é Spitz, pois à semelhança dos dois autores anteriores, também este refere que a relação precoce com a mãe constitui um impulso secundário aos impulsos primários (e.g. necessidades físicas e sociais) (Canavarro, 1997).

Há autores que defendem, no entanto, que a satisfação das necessidades instintivas, não é condição fundamental para o estabelecimento da vinculação. Para Melanie Klein, a mãe constitui o primeiro objecto relacional do bebé, sendo que um elemento fundamental do estabelecimento desta relação é a amamentação materna. Sendo que esta autora defende que o bebé já possui a capacidade inata para o estabelecimento da vinculação, da mesma forma que possui a capacidade inata para sucção (Canavarro, 1997).

Há autores, como M. Balint e A. Balint, que dão um passo em frente em relação às teorias anteriores e defendem que não só existe uma relação objectal desde o nascimento, como o bebé constitui um elemento activo nessa

relação, que existe por si só, independentemente de estar ou não associado a outros impulsos. Este conceito de que o recém-nascido nasce com a necessidade de um contacto objectal, da mesma forma que necessita de alimento e calor constitui o substrato da teoria do Contacto Objectal Primário, cujos pressupostos são defendidos por autores como Winnicott e Benedeck (Canavarro, 1997). O maior contributo desta teoria foi chamar a atenção para a importância do relacionamento entre a mãe e a criança no posterior desenvolvimento desta última, nomeadamente, no que diz respeito ao equilíbrio emocional (Canavarro, 1999).

Os contributos da Psicologia Social, para o tema da vinculação, prendem-se, fundamentalmente, com a abordagem do conceito de atitude e a teoria da Aprendizagem Social de Bandura. Os autores da Psicologia Social vieram salientar o facto das atitudes parentais serem determinantes para o desenvolvimento psicossocial das crianças, na medida que estão expostas de forma contínua à sua actuação. Por sua vez, a teoria da Aprendizagem Social de Bandura realçou o papel dos pais como modelos preferenciais dos filhos (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008; Canavarro, 1999).

Outro contributo importante deriva do número considerável de estudos empíricos que procuram relacionar quadros psicopatológicos com as relações afectivas tidas durante a infância. Perris considerou que o maior contributo destes estudos foi acumular evidências da forma como determinadas práticas educativas se encontram associadas a manifestações de psicopatologia. Por exemplo, este autor refere que as primeiras investigações estabelecem que comportamentos parentais punitivos, pouco afectivos, representativos de pouco suporte emocional, bem como práticas de sobreprotecção, constituem factores fulcrais para o desenvolvimento de perturbações da saúde mental dos filhos (Canavarro, 1999).

Para além destes contributos, um dos grandes estudiosos da vinculação, no seu estabelecimento e importância, é Bowlby. Para este autor e para a sua teoria dos Sistemas de Controlo, o recém-nascido já possui à nascença um conjunto de sistemas comportamentais instintivos voltados para o estabelecimento da relação precoce. As respostas instintivas são vitais para a

sobrevivência, bem como para o estabelecimento da vinculação (Carvalho, 2007).

Bowlby procura, assim, afastar-se das teorias Freudianas e Kleinianas, pois postula que os comportamentos de vinculação resultam de uma tendência primária e não como o resultado das relações objectais. Embora as crianças possam ter mais do que uma figura de vinculação, estas figuras não possuem todas a mesma importância, pois existe a tendência para se centrar especialmente numa figura. À medida que a criança se apercebe que a figura de vinculação está disponível e acessível às suas solicitações, esta sente-se suficientemente segura para explorar e descobrir o mundo e relações exteriores, pois o sistema de vinculação promove o contacto com o ambiente e aprendizagem (Carvalho, 2007).

Assim sendo, Bowlby demonstrou que a disponibilidade das figuras parentais é o único meio capaz de suscitar sentimentos de segurança na criança, tendo utilizado o termo vinculação, para designar este tipo de relação. A distinção entre a vinculação na infância e outras formas de relações interpessoais podem ser resumidas nas características apresentadas por Weiss na Tabela 7 (Canavarro, 1997, pp. 39-40).

Através da exploração, a criança constrói um conjunto de expectativas acerca de si, dos outros e do mundo em geral, que correspondem à interiorização de características interaccionais das relações com os pais que Bowlby descreveu como *working-models*. Estes modelos tomam a sua importância, dado que servem como matriz para a interpretação da realidade e como previsão de comportamentos, influenciando os padrões de interacção nas relações afectivas. Adicionalmente, estes sistemas tendem a resistir à mudança e a influenciar o comportamento na vida adulta, porém são passíveis de serem alterados resultante das alterações nas interacções do indivíduo com o mundo (Rodrigues, 2004).

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
<b>Procura de Proximidade</b>	A criança procura manter-se junto do raio de protecção dos seus pais. Perante situações ameaçadoras e fora dos padrões habituais o contexto de protecção pode ser reduzido.
<b>Efeito de Base de Segurança</b>	A presença de uma figura de vinculação promove sentimentos de segurança.
<b>Protesto em situação de separação</b>	A criança protesta de forma activa de forma a manter a acessibilidade da figura de vinculação numa situação de separação.
<b>Ser activada por situações ameaçadoras</b>	Quando a criança se sente ameaçada ela procura os pais como fonte de segurança.
<b>Especificidade da figura de vinculação</b>	Depois de estabelecida a vinculação com uma pessoa particular, só essa figura é objecto de vinculação no sentido da sua presença promover uma base de segurança e o seu afastamento suscitar manifestações de protesto.
<b>Impossibilidade de controlo consciente</b>	Os sentimentos de vinculação perduram, mesmo quando existe a percepção de que não haverá reencontro com a figura de vinculação (e.g. falecimento), quando esta encontra-se inacessível e se encontra disponível uma pessoa alternativa adequada.
<b>Persistência</b>	O grau de vinculação não diminui com a habituação, sendo que a separação permanente da figura de vinculação traduz-se em ansiedade, que só de forma muito lenta e imperfeita se atenua.
<b>Independência de outras características da relação</b>	As relações de vinculação persistem mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou abusiva. Nestas situações a relação de vinculação pode estar associada a sentimentos de raiva, ainda assim em situações de perigo a segurança continua a ser procurada através da relação.

**Tabela 7 – Distinção entre a vinculação na criança e as relações interpessoais.**

Na actualidade, a vinculação é entendida como um processo dinâmico que decorre antes do nascimento da criança até a idade adulta. A ligação mãe-feto como ligação emocional interna e complexa que se estabelece ainda na vida intra-uterina e que se intensifica à medida que o tempo decorre (Carvalho, 2007). Autores como Cassidy e Colin falam-nos de como a vinculação para além da infância têm um papel importante no ajustamento geral das pessoas. Por exemplo, na adolescência a vinculação sofre duas grandes alterações, i.e., ocorre o desenvolvimento de relações recíprocas em que cada parceiro é figura de vinculação do outro e a figura de vinculação parental é geralmente substituída por um par (Ribeiro & Sousa, 2002).

A vinculação significa estabelecer o traço, através do qual se constrói uma representação interna, que serve de alicerce ao estabelecimento das relações interpessoais, promove expectativas acerca de si mesmo e dos outros e é susceptível de influenciar a competência social e o desenvolvimento emocional ao longo de todo o ciclo de vida (Ribeiro & Sousa, 2002).

Os laços que unem o indivíduo às suas figuras de vinculação podem ser expressos de acordo com diversos padrões, ou segundo a história de vida e interações da criança. Ainsworth (1978) utilizou o Teste da Situação Estranha para identificar os padrões fundamentais de proximidade e vinculação. Esta situação experimental estruturada, tem uma duração aproximada de vinte minutos, em que se pretende induzir níveis de stress reduzidos na criança, de forma a activar comportamentos de vinculação. O teste é composto por três situações indutoras de stress, sendo elas as seguintes: presença num local que não seja familiar para a criança; interacção com uma pessoa diferente; breves separações da mãe. Estas situações foram utilizadas por ocorrerem habitualmente no dia-a-dia das crianças e por serem relativamente pouco traumáticas, se bem que o suficiente para activarem comportamentos de vinculação. Através desta investigação estes autores identificaram três padrões de vinculação, sendo eles os seguintes: padrão seguro, padrão ansioso e padrão evitante, sendo que estes padrões devem ser entendidos como estratégias organizadas pela criança, de forma a fazer face à ansiedade suscitada pela separação e reunião (Canavarro, 1999).

O padrão de vinculação seguro é caracterizado por relações securizantes com as figuras de vinculação, sendo estas fontes de conforto e suporte para o controlo da angústia. Estes indivíduos preferem relações onde domina o equilíbrio entre a intimidade e a autonomia, ou seja, embora se sintam confortáveis com a proximidade eles valorizam a autonomia. Perante situações de conflito e ansiogénicas, estes indivíduos tendem a lidar com a angústia e sentimentos negativos de forma construtiva. Estes indivíduos sentem-se à vontade para expressar as suas emoções e de procurar nos outros o auxílio necessário para as elaborar, em detrimento de as ocultar (Feeney & Noller, 1996).

Nas relações de vinculação ansiosa, a criança realiza tentativas conflituosas e por vezes mal sucedidas para utilizar estas relações como fonte de suporte e conforto. Estas relações suscitam comportamentos de ansiedade face à incerteza da disponibilidade dos seus cuidadores. Estes indivíduos, à semelhança dos indivíduos com padrão de vinculação segura, tendem a procurar na relação, relações de proximidade, embora estas sejam fonte de ansiedade para eles. Esta angústia resulta do seu receio de rejeição e abandono, levando-os muitas vezes a pôr em causa as suas necessidades de autonomia para satisfação das suas necessidades de proximidade e intimidade. Os indivíduos com padrão de vinculação ansioso apresentam baixa auto-estima e elevados níveis de ansiedade, pelo que estão particularmente atentos aos seus sentimentos de desadequação e emoções negativas. Estas características levam a que estes indivíduos negligenciem as suas necessidades e desejos para satisfação dos desejos de outros com receio de sua desaprovação e rejeição (Feeney & Noller, 1996).

Por fim, os indivíduos que desenvolvem relações de vinculação evitantes, não procuram activamente utilizar estas relações como fonte de securização. Em alternativa, procuram elaborar internamente as fontes de angústia, sem recorrer a formas de alívio social e interpessoal. Desde de cedo, estas crianças mantêm-se independentes do apoio das suas figuras de vinculação (Simpson & Rohles, 1998). Este padrão de vinculação leva a que estes indivíduos manifestem no futuro relações onde evitem a proximidade, quer para evitar a rejeição, quer porque este comportamento está associado à procura de autonomia como forma de auto-concretização. Estes indivíduos valorizam aspectos como o trabalho e outras formas de valorização em detrimento de relações de proximidade, procurando minimizar ou até omitir as suas emoções. Esta dificuldade em manifestar de forma construtiva os seus sentimentos e emoções, impede muitas vezes estes sujeitos de procurar ajuda para lidar com a sua angústia e sentimentos negativos (Feeney & Noller, 1996).

Os padrões de vinculação ansioso e evitante surgem quando as crianças perdem a confiança na disponibilidade dos seus cuidadores, nomeadamente como figuras de apoio e suporte. Esta perda de confiança pode resultar de um

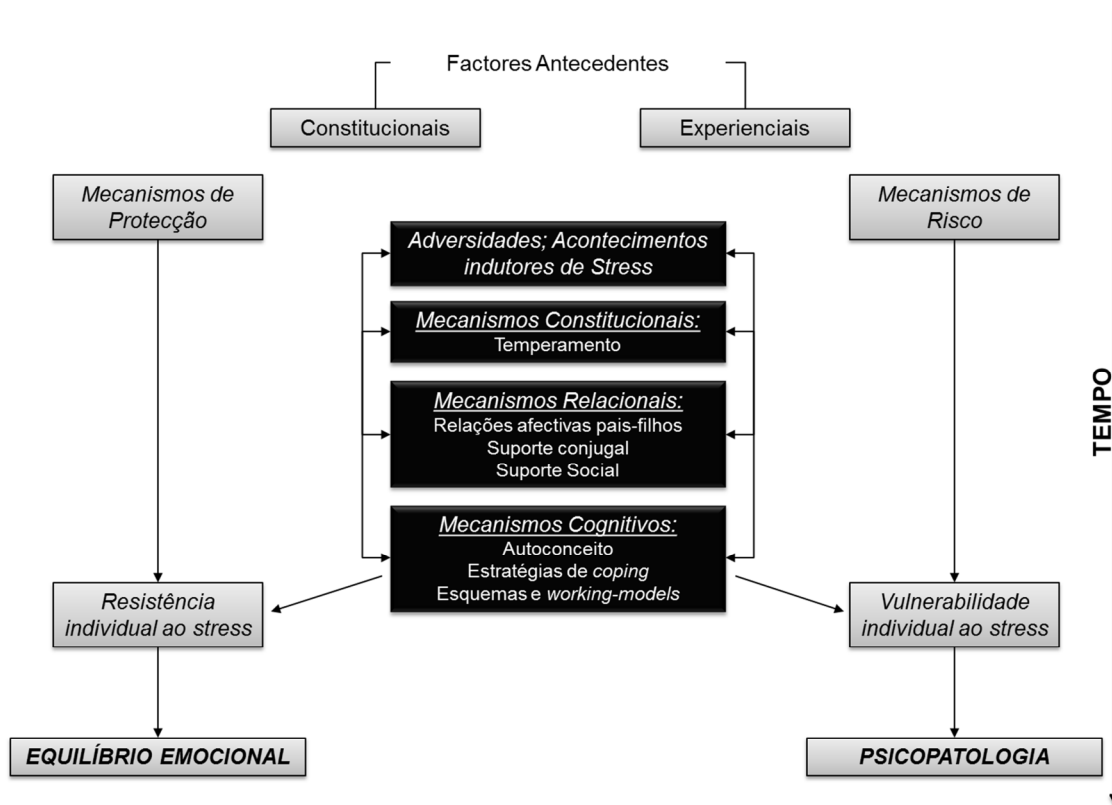
conjunto diverso de experiências, como sendo, períodos de separações prolongadas, incoerência na disponibilidade da prestação de cuidados, troca de papéis em que a criança assume a responsabilidade pelo estado emocional do cuidador, entre outras. O padrão ansioso pode ainda emergir quando a relação de vinculação é caracterizada por demonstrações sinceras de afecto, acompanhadas por longos períodos de separação, de negligência ou troca de papéis. Por sua vez, no padrão evitante é menos frequente encontrar demonstrações de afecto genuíno (Simpson & Rohles, 1998).

Estes e outros sistemas de compreensão e classificação da vinculação demonstram a importância deste processo para a determinação das condições relacionais que promovem o crescimento e maturação afectiva e psicoemocional do indivíduo. Consequentemente, as dificuldades e conflitos decorrentes deste processo podem condicionar o nível de segurança e autonomia face aos modelos de relações internas e externas. Ribeiro & Sousa (2002) referem que parece existir uma relação positiva entre a vinculação às figuras parentais e o bem-estar dos indivíduos, da mesma forma que existe uma relação negativa entre a vinculação e a depressão e ansiedade. No âmbito da compreensão das PCA, à luz da teoria da vinculação, esta psicopatologia é entendida como uma manifestação comportamental das perturbações relacionais, mais do que uma alteração da auto-imagem e auto-conceito (Carvalho, 2007; Tereno, Soares, Martins, Celani, & Sampaio, 2008).

### **3. AS RELAÇÕES AFECTIVAS E A SAÚDE MENTAL**

Actualmente, os modelos explicativos do Desenvolvimento articulam o desenvolvimento psicopatológico e o desenvolvimento emocional adaptativo, considerando a Doença Mental como um esforço de adaptação, resultante no desvio do *Padrão de Desenvolvimento Normal*. Neste contexto surge a Psicopatologia do Desenvolvimento, que reúne contributos da Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Cognitiva, Psicologia Clínica e Psiquiatria. Este domínio do conhecimento aborda o desenvolvimento de uma forma holística,

esclarecendo o percurso que resulta no equilíbrio emocional, contrariando a corrente geral, subentendendo este conceito a partir do conceito de Doença Mental (Canavarro, 1997).



**Ilustração 2 – Modelo explicativo da saúde mental de acordo com a perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento.**

Segundo a Psicopatologia do Desenvolvimento (Ilustração 2), existem um conjunto de factores antecedentes, constitucionais e experienciais, assim como, a pré-existência de adversidade e de stress (Canavarro, 1997). Nesta perspectiva, Rutter (1990) afirma que todo o indivíduo está exposto, desde o nascimento, a acontecimentos indutores de stress e a adversidades, os quais podem ser considerados como mecanismos mediadores do processo de protecção e/ou de risco. Estas situações indutoras de stress extremo são um mecanismo de risco para a psicopatologia, pois não permitem a formação de mecanismos de coping adequados. Por outro lado, quando os níveis de stress

são moderados, estas situações assumem a forma de mecanismos de protecção (Rutter, 1985).

Esta concepção de mecanismos de risco como influências que exacerbam as respostas disfuncionais do indivíduo e de mecanismos de protecção como influências que modificam a resposta da pessoa para formas mais adaptativas, tem associado os conceitos de resistência, vulnerabilidade e processos de interacção (Canavarro, 1997).

Os primeiros, resistência e vulnerabilidade, encontram-se associados às variações individuais em resposta a factores de risco. O último, processos de interacção, refere-se à actuação simultânea de diversos mecanismos, os quais poderão accionar uma cadeia de acontecimentos, que predisporão para a psicopatologia. Subentende-se, portanto, a variável tempo que funciona como parte integrante do desenvolvimento (Rutter, 1985).

---

*A protecção e risco residem sobretudo na forma como as pessoas lidam com as mudanças que ocorrem na vida. Estas são influenciadas pelas experiências precoces, pelas que se lhe sucedem na infância e adolescência e pelas circunstâncias da vida adulta. Nenhum destes aspectos determina os resultados finais mas, em combinação, conduzem a uma cadeia de efeitos indirectos que se repercute no grau de resistência/vulnerabilidade individual perante os diversos tipos de adversidade.*

(Rutter, 1985, p. 608)

---

De entre os diversos mecanismos e processos considerados pela Psicopatologia do Desenvolvimento, pode-se destacar os conceitos cognitivistas – working models, autoconceito e estratégias de coping – e a influência que uma relação tem noutra que lhe sucede (Canavarro, 1997). O primeiro mecanismo já foi desenvolvido no contexto da vinculação. Relativamente à influência que uma relação tem noutra que lhe sucede, pode-se afirmar que as qualidades de uma relação se transformam numa forma de

funcionamento individual, tendo em consideração as hipóteses explicativas descritas na Tabela 8 (Canavarro, 1997, pp. 159-160; Rutter, 1990).

**HIPÓTESES EXPLICATIVAS DA INFLUÊNCIA QUE AS RELAÇÕES TÊM ENTRE SI**

A criança que estabelece relações afectivas negativas com os pais, desenvolve estilos de comportamento social que a predisõem a interacções sociais disfuncionais.

Tendo como ponto de partida as primeiras relações estabelecidas, a criança desenvolve expectativas sobre as relações que influenciam as suas respostas a futuras oportunidades de estabelecimento de relação.

As crianças aprendem aptidões sociais através das interacções sociais. Desta forma, quando as primeiras relações são disfuncionais e insatisfatórias, no futuro faltam-lhes aptidões para estabelecer outro tipo de interacções.

Com base nas interacções estabelecidas com as pessoas mais significativas, a criança constrói representações cognitivas (working models) que englobam aspectos sobre si própria, o outro e a sua relação com o outro, que lhe servem de orientação face a novas experiencias relacionais.

A capacidade do indivíduo formar relações afectivas adequadas nos tempos subsequentes está dependente das relações de vinculação, estabelecidas ao longo do primeiro ano de vida.

**Tabela 8 - Hipóteses explicativas da influência que as relações têm entre si.**

Este modelo veiculado pela Psicopatologia do Desenvolvimento contribui, de forma explicativa, para a continuidade das relações afectivas na infância, adolescência e idade adulta, cruzando-a com a Saúde Mental/Psicopatologia.

**CAPÍTULO III:**  
**ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

---

## 1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

As relações afectivas que se estabelecem ao longo do ciclo de vida são consideradas por muitos como a *parte mais significativa das suas vidas* (Canavarro, 1997, p. 17). Desta forma, as relações afectivas assumem um papel fulcral no desenvolvimento humano, em particular para a saúde mental da pessoa com AN.

As PCA, nomeadamente a AN, são perturbações de etiologia multifactorial, em que diversos elementos têm diferentes significados, i.e. ponderações, para o adoecer mental de cada indivíduo. Segundo Sampaio (1999), a AN apresenta uma evolução ao longo da vida de cada um, podendo ser dividida em três fases. Na fase um, *Vulnerabilidade*, os factores biológicos e do desenvolvimento desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento da doença; Na fase dois, *Precipitação*, a família, o meio sociocultural envolvente, uma dieta, conjuntamente com um acontecimento de vida marcante, assim como o sentimento constante de inadequação nos indivíduos surgem como precipitantes deste quadro clínico; Na fase 3, *Manutenção*, a manutenção da privação alimentar resultaria numa doença estável e explicaria as alterações físicas sofridas na AN.

Diversos autores salientaram ao longo do tempo a importância dos factores familiares para o desenvolvimento e manutenção da AN, nomeadamente as relações familiares (Castro, 2000; Cunha, Relvas, & Soares, 2009). Minuchin, Rosman, & Baker (1978) descreveram as famílias anorécticas como desmembradas e com limites rígidos. Esta concepção tem subjacente o conceito de ligação/proximidade emocional, pois de alguma forma caracteriza as relações que se estabelecem entre o indivíduo com AN e os seus familiares (Cunha, Relvas, & Soares, 2009).

Estudos revelam que os doentes com perturbações do comportamento alimentar referem que os pais são menos atenciosos e mais controladores do que os indivíduos dos grupos de controlo. Já os estudos só com doentes com AN não são consistentes, havendo referência a mães menos atenciosas e pais mais controladores (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008). Para os

mesmos autores (2008) a qualidade da relação parental está associada ao desenvolvimento das PCA, mas também à severidade da psicopatologia.

Investigações demonstram que as doenças do comportamento alimentar, em particular a AN, podem ser perspectivadas como uma exteriorização comportamental de uma perturbação do processo de vinculação, ao invés de problemas no autoconceito e/ou auto-imagem. Estes estudos constataam que estas doenças se manifestam nos indivíduos que têm com maior frequência de experiências precoces adversas com as figuras de vinculação e uma maior prevalência de relações vinculativas inseguras (Carvalho, 2007; Tereno, Soares, Martins, Celani, & Sampaio, 2008).

À luz das teorias psicodinâmicas e para uma melhor compreensão dos modelos de relações interpessoais, nomeadamente os que caracterizam os indivíduos com AN, existe uma relação significativa entre as relações afectivas na infância e adolescência e as relações afectivas na idade adulta, assim como, de uma *continuidade entre as relações afectivas na infância e adolescência, relações afectiva na idade adulta e saúde mental* (Canavarro, 1997, p. 333).

Com base no quadro conceptual revisitado e como se pode ver na Ilustração 3, o presente estudo irá articular a percepção das relações afectivas estabelecidas na infância e adolescência e as relações afectivas da idade adulta, com AN, analisando os contributos para o processo de doença mental. Deste modo, esta investigação tenta dar resposta à questão:

---

*Quais as ligações entre as relações afectivas estabelecidas ao longo do ciclo de vida da pessoa com anorexia nervosa e a sua doença?*

---

No sentido de responder à questão supracitada, o presente estudo visa analisar a influência das relações afectivas estabelecidas na infância/adolescência na AN; identificar o efeito das relações afectivas estabelecidas na idade adulta na NA; e relacionar a influência das relações

afectivas ao longo do ciclo de vida do indivíduo com AN com decurso da sua Doença Mental.

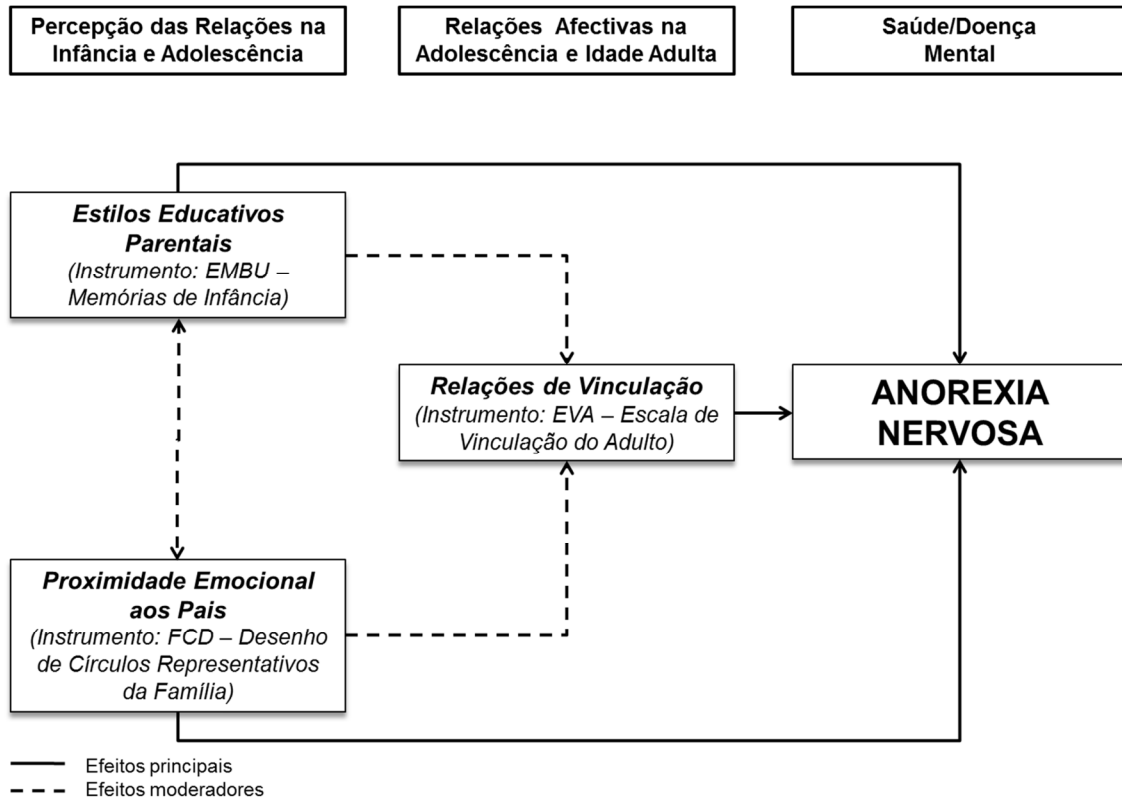


Ilustração 3 – Modelo Conceptual do Estudo.

## 2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Após revisão bibliográfica, hipotetizou-se que os indivíduos com AN apresentam comparativamente ao grupo não clínico: **(1)** um predomínio dos estilos educativos parentais de rejeição e de sobreprotecção; **(2)** uma percepção de fraca proximidade emocional durante a adolescência; e **(3)** um predomínio do padrão de vinculação ansioso.

Adicionalmente, espera-se encontrar associações positivas entre: **(4)** a percepção de fraca proximidade emocional e os estilos educativos parentais de rejeição; **(5)** os estilos educativos parentais de rejeição e o padrão de

vinculação ansioso; **(6)** a percepção de fraca proximidade emocional e o padrão de vinculação ansioso; **(7)** os estilos educativos parentais de rejeição e a psicopatologia; **(8)** a percepção de fraca proximidade emocional e a psicopatologia; e **(9)** o padrão de vinculação ansioso e a psicopatologia.

### 3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

De acordo com os objectivos referidos anteriormente, o presente estudo enquadra-se na tipologia de estudo observacional analítico, visto que se pretende *identificar quais os factores que estão relacionados com a doença*, investigando as associações entre a doença e os seus estímulos, sem qualquer intervenção nos participantes (Oliveira, 2009, p. 7).

Para tal, foram constituídos dois grupos de investigação – o grupo clínico e o grupo não-clínico. O primeiro é composto por indivíduos com o diagnóstico de AN elaborado de acordo com o DSM-IV-TR, seguidos num hospital central de Lisboa com serviço de psiquiatria (consulta e internamento). Serão considerados para este grupo os sujeitos de 13 a 30 anos, com o diagnóstico elaborado até um ano e em tratamento. O grupo não-clínico será constituído por indivíduos de 10 a 30 anos, da população em geral sujeitos ao questionário *Eating Disorders Examination - Questionnaire* e com score total inferior ao score de *cut-off* (Fairburn & Beglin, 1994).

Em seguida, foi aplicado a ambos os grupos um questionário composto por consentimento informado, informação biográfica (idade, sexo, estado civil, profissão e habilitações académicas) e os instrumentos: *Eating Disorders Examination – Questionnaire*, *Escala de Vinculação do Adulto*, *Desenho de Círculos Representativos da Família* e o EMBU – *Memórias de Infância*.

## 4. O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados é composto por 5 partes. Na primeira parte recolhe-se os dados biográficos do inquirido, de forma a obter a caracterização pessoal de cada elemento da amostra. Em seguida, encontra-se o Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q), a fim de avaliar as questões associadas à alimentação e comportamento alimentar, a Escala de Vinculação do Adulto (EVA), cujo objectivo é avaliar as relações afectivas do adulto, o Desenho de Círculos Representativos da Família (FCD), para avaliar a proximidade emocional aos pais, e o EMBU (Memórias de Infância), que avalia as relações dos indivíduos com os pais na infância e adolescência.

### 4.1. Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q)

O EDE-Q é um instrumento de auto-relato composto por 28 itens, que se constituem em 4 subescalas, a saber, Restrição Alimentar, Preocupação com a Comida, Preocupação com a Forma e Preocupação com o Corpo (Fairburn & Beglin, 1994). Neste estudo foi utilizada a versão desenvolvida por Fairburn & Beglin (1994), tendo sido traduzida e adaptada por Machado, Machado, Klein, & Gonçalves (2006).

Os sujeitos respondem de uma forma forçada a uma de seis opções para cada item, indicando nos últimos 28 dias, o número de dias em que ocorreu determinado comportamento, atitude ou sentimento. Uma resposta e/ou coeficiente superior a 3.5 é considerado como clinicamente significativo.

Machado, Machado, Klein, & Gonçalves (2006), num estudo sobre as características psicométricas do EDE-Q mostraram uma elevada consistência interna do instrumento e das suas sub-escalas. O coeficiente de fidelidade foi de 0.864 para o Score Total, para a sub-escala de Restrição Alimentar foi de 0.785, 0.816 para a Preocupação com a Comida, de 0.721 para a Preocupação com o Corpo e 0.803 para a sub-escala de Preocupação com o Peso. No seu conjunto estes valores permitem considerar este questionário como uma medida psicométrica viável para o rastreio das perturbações de

Comportamento Alimentar. Este instrumento foi utilizado como forma de aceder aos principais comportamentos e atitudes alimentares disfuncionais.

#### 4.2. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

A Escala de Vinculação do Adulto foi desenvolvida por Collins e Read, com vista a avaliar os três padrões de vinculação teoricamente identificados, sendo eles os seguintes: seguro, evitante e ansioso (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Numa primeira versão, a EVA era composta por 15 itens (i.e. 5 itens para cada estilo de vinculação), tendo sido posteriormente acrescentado 6 itens de forma a incluir dois aspectos determinantes da vinculação, sendo eles os seguintes: crenças sobre a disponibilidade da figura de vinculação e a sua resposta quando requerida; reacções à separação da figuração da vinculação. Assim sendo, a nova versão deste instrumento passou a ser composta por 21 itens, 7 itens para cada estilo de vinculação. Para quantificar o estilo de vinculação este instrumento recorre a uma escala de cinco pontos, tipo Likert, que variam da resposta “Nada característico em mim” a “Extremamente característico em mim” (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Este instrumento foi submetido a estudos psicométricos numa amostra composta por 286 mulheres e 184 homens, dos quais resultou a versão actual deste instrumento, composto por 18 itens. Ao submeter o instrumento a análise factorial, encontrou-se três dimensões subjacentes, nomeadamente, referentes aos padrões de vinculação: seguro, evitante e ansioso (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Estes conceitos já foram descritos anteriormente, no âmbito da descrição das diversas tipologias de padrões de vinculação. Adicionalmente, estes estudos revelaram que o instrumento apresenta uma boa fiabilidade para a escala (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Por sua vez, a versão portuguesa da EVA foi igualmente submetida a estudos psicométricos. Numa primeira fase, procedeu-se a uma reavaliação da estrutura dimensional da escala através de uma análise factorial, da qual

resultou três dimensões. No caso da versão portuguesa as dimensões denominaram-se de *Ansiiedade*, a qual se refere ao *grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido*; *Conforto com a Proximidade*, que diz respeito ao *grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade*; e por último a *Confiança nos Outros*, relacionada com o *grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como, na disponibilidade destes quando sentida como necessária* (Canavarro, Dias, & Lima, 2006, pp. 174-175). Apesar desta denominação diferente existe um paralelismo entre a designação original de Vinculação Ansiosa, Segura e Evitante, respectivamente (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Adicionalmente, os estudos psicométricos revelaram que esta versão apresenta bons indicadores de fiabilidade e validade. A consistência interna revelou valores globais de  $\alpha$  de Cronbach 0,81 e o Coeficiente de Spearman-Brown de 0,84 (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

#### 4.3. Desenho de Círculos Representativos da Família (FCD)

Este instrumento é uma técnica de carácter “semiprojectivo” (Canavarro, 1999) e foi construído por S. Pipp, P. Shaver, S. Lamborn e K. Fisher (1985) com o intuito de avaliar as relações que os sujeitos estabeleceram com os seus pais ao longo de diferentes fases do seu desenvolvimento, permitindo a avaliação de mudanças nas relações estabelecidas com os pais dificilmente detectadas por meio de indicadores verbais.

É pedido aos indivíduos que desenhem dois círculos, um representativo do progenitor e outro de si próprio, da forma que melhor pensa ilustrar a relação na altura em que tinha as idades indicadas (1-5 anos, 6-10 anos, 11-15 anos, 16-20 anos e “actualmente”, (reportando-se este período à fase de vida actual do indivíduo)) (Pipp, Shaver, Jennings, Lamborn, & Fisher, 1985; Canavarro, 1999).

O FCD é cotado com base numa medida, em milímetros, entre os centros dos dois círculos representados em cada estágio do ciclo de vida do indivíduo; e numa outra, de análise qualitativa, de acordo com um dos critérios estabelecidos por Pipp, Shaver, Jennings, Lamborn, & Fisher (1985), numerados no presente estudo da seguinte forma: 0. sobreposição; 1. intersecção parcial; 2. apenas se tocam; 3. não existe intersecção.

Partindo dos contributos de Canavarro (1999) optou-se neste estudo por introduzir uma terceira medida, precisamente a distância absoluta (em milímetros) entre as margens mais internas de aproximação dos círculos, considerando-se essa distância: positiva nos casos em que os círculos não se tocam; igual a zero nos casos em que os círculos se tocam num ponto único; negativa nos casos em que há intersecção entre os círculos.

Nos estudos com a população portuguesa (Canavarro, 1999), verificou-se que, para ambos os progenitores e independentemente do sexo dos sujeitos, a distância percebida pelo indivíduo relativamente aos pais aumenta ao longo do ciclo de vida, coincidindo com as conclusões apresentadas no estudo original (Pipp, Shaver, Jennings, Lamborn, & Fisher, 1985). A versão portuguesa do estudo apresenta ainda uma boa estabilidade temporal do FCD ( $r$  entre 0.537 e 0.768 para  $p=0.000$ , com seis semanas de intervalo entre o teste e o reteste) (Canavarro, 1999).

#### 4.4. Memórias de Infância (EMBU)

A escala EMBU ou Memórias de Infância (denominação em português), cuja designação original em sueco é *Egna Minnen av Barndoms Uppfostram*, visa avaliar as relações com os pais durante a infância e adolescência, ou seja, as suas práticas educativas (Canavarro, 1997).

A primeira versão deste instrumento foi construída por C. Perris, L. Jacobson, H. Lindstrom, L. Von Knorring e H. Perris, sendo a versão original em sueco. Esta escala foi construída com vista a avaliar com que frequência determinada prática educativa ocorreu durante a infância e adolescência do

indivíduo. Estas práticas são avaliadas separadamente em relação à figura parental materna e paterna, utilizando para o efeito uma escala de Likert, de 4 pontos, que vai desde “Não, nunca” até “Sim, a maior parte do tempo” (Canavarro, 1997).

A primeira versão deste instrumento era constituída por 81 itens que se agrupavam em 14 dimensões, referentes a 14 categorias de práticas educativas. Posteriormente, esta versão foi aplicada na população alemã, que, após análise factorial, identificou-se quatro factores distintos do ponto de vista conceptual, sendo eles os seguintes: rejeição, suporte emocional, sobreprotecção e preferência em relação aos irmãos. Dos 81 itens, 17 itens foram eliminados por não fazerem parte de nenhum dos factores. Esta última versão do EMBU foi utilizada em 15 países diferentes, mantendo níveis satisfatórios de variância intercultural para os três primeiros factores (Canavarro, 1997).

No presente trabalho de investigação foi utilizada uma forma abreviada do instrumento desenvolvida por Arrindell, composta por 23 itens e cuja versão portuguesa foi concretizada por Canavarro. Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram bons índices de fiabilidade e validade do instrumento. Inicialmente, o primeiro estudo da escala revelou que os valores de  $\alpha$  de Cronbach encontravam-se ligeiramente abaixo do que é habitualmente indicado. No entanto, após reformulação de alguns itens da escala, revelou valores de consistência interna mais adequados, sendo esta a versão definitiva utilizada para a população portuguesa (Canavarro, 1997).

Ao submeter a versão de 23 itens a análise factorial encontrou-se três dimensões subjacentes, para a figura parental paterna e materna, concordantes com os factores mencionados na versão alargada da escala, nomeadamente as referentes às práticas educativas de Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção (Canavarro, 1997). Estes conceitos já foram descritos anteriormente, no âmbito da descrição das diversas tipologias de estilos parentais.

## 5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se a versão 18.0 do programa PASW (*Predictive Analytics SoftWare*) Statistics. Numa primeira fase, foi realizada uma abordagem exploratória dos dados com a determinação de médias, desvios e erros-padrão de cada variável em estudo para os respectivos grupos. Adicionalmente, realizou-se correlações de Pearson entre os estilos educativos parentais do pai e da mãe de cada grupo. Devido ao desenho da investigação, procurou-se, separadamente para o grupo clínico e respectivo grupo não clínico, encontrar associações significativas entre as variáveis consideradas independentes em relação à saúde mental, com recurso ao Teste *t*-Student.

Numa segunda fase, e no sentido de confirmar e explorar os dados obtidos, tentou-se conhecer o conjunto de variáveis independentes e os seus efeitos de interacção que melhor diferenciavam o Grupo Clínico do Grupo não Clínico. Com este objectivo, utilizou-se uma análise de função discriminante. Adicionalmente, procurou-se saber a influência das variáveis independentes para a saúde mental, procedendo-se à realização de regressões múltiplas.

## 6. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

A amostra utilizada no estudo é composta por dois grupos, cujas características demográficas encontram-se descritas na Tabela 9.

O primeiro grupo – *Grupo Clínico* – é composto por indivíduos com o diagnóstico de anorexia nervosa, elaborado de acordo com o DSM-IV-TR, seguidos num hospital geral de Lisboa. Todos os sujeitos pertencentes a este grupo encontravam-se diagnosticados com AN até um ano e encontravam-se em tratamento.

O segundo grupo – *Grupo não Clínico* – é composto por indivíduos da população em geral. Fazem parte deste grupo alunos do ensino secundário, via

profissionalizante, alunos do ensino superior, bem como elementos em geral da população da região de Lisboa. Adicionalmente, estes elementos foram avaliados com o EDE-Q e obtiveram uma pontuação inferior à pontuação de cut-off.

	Grupo Clínico		Grupo não Clínico	
	n (=60)	%	n (=77)	%
<b>Idade/Grupo Etário</b>				
<i>11-15 Anos</i>	11	18,3	5	6,5
<i>16-20 Anos</i>	21	35	64	83,1
<i>21-25 Anos</i>	17	28,3	7	9,1
<i>26-30 Anos</i>	11	18,3	1	1,3
<b>Idade (Média)</b>	20,47 (DP=4,82)		18,17 (DP=2,18)	
<b>Sexo</b>				
<i>Feminino</i>	55	91,7	65	84,4
<i>Masculino</i>	5	8,3	12	15,6
<b>Estado Civil</b>				
<i>Solteiro</i>	60	100	76	98,7
<i>Casado</i>	0	0	1	1,3
<b>Habilitações Académicas</b>				
<i>Ensino Básico – 2º Ciclo</i>	9	15	0	0
<i>Ensino Básico – 3º Ciclo</i>	10	16,7	64	83,1
<i>Ensino Secundário</i>	25	41,7	10	13
<i>Licenciatura</i>	12	20	3	3,9
<i>Mestrado/Doutoramento</i>	4	6,7	0	0
<b>Profissão</b>				
<i>Estudante</i>	45	75	76	98,7
<i>Outras</i>	15	25	1	1,3

Tabela 9 – Características gerais da amostra.

**CAPÍTULO IV:**  
**APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---

Neste capítulo, procede-se à apresentação e discussão dos resultados obtidos em cada uma das escalas utilizadas. Neste sentido, expõe-se primeiramente os dados relativos ao EDE-Q – Eating Disorders Examination - Questionnaire, i.e., à saúde mental/psicopatologia, seguido das relações afectivas na infância/adolescência (dados relativos ao EMBU – Memórias de Infância e FCD – Desenho de Círculos Representativos da Família) e das relações afectivas na adolescência e fase adulta, avaliadas pela EVA – Escala de Vinculação do Adulto.

Por último, procede-se à associação entre as relações afectivas ao longo do ciclo de vida. Relativamente à associação entre a saúde mental dos indivíduos com AN e as relações afectivas, esta encontra-se desenvolvida no capítulo seguinte.

## 1. A SAÚDE MENTAL

A saúde mental, i.e., diversas dimensões associadas à saúde mental, no contexto das Perturbações do Comportamento Alimentar, dos indivíduos pertencentes à amostra, foi avaliada com EDE-Q – *Eating Disorders Examination Questionnaire*. Os resultados obtidos em cada subescala e no score total encontram-se na Tabela 10.

	Grupo Clínico		Grupo não Clínico	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Subescala Restrição</i>	2,9864	1,44788	0,8263	1,00098
<i>Subescala Preocupação com a Forma</i>	3,6833	1,62825	1,7033	1,57254
<i>Subescala Preocupação com a Comida</i>	2,7667	1,74673	0,5532	0,79927
<i>Subescala Preocupação com o Peso</i>	3,2600	1,55849	1,6390	1,49104
<b><i>Score total</i></b>	3,1910	1,46708	1,1831	1,07543

Tabela 10 – Estatística descritiva para o EDE-Q.

Como se pode constatar o Grupo Clínico apresenta médias para todas as subescalas e score total superiores ao Grupo não Clínico. Salienta-se a subescala “Preocupação com a Forma”, dado ter sido nesta onde o Grupo Clínico obteve pontuação superior ao ponto de corte, i.e., uma resposta considerada como clinicamente significativa.

A significância da diferença entre os valores médios das subescalas e do score total do EDE-Q no grupo clínico vs. grupo não clínico foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes (Tabela 11). De acordo com este método estatístico, como se pode verificar pela análise da Tabela 11, as diferenças entre as médias obtidas nas diferentes subescalas e no score total do EDE-Q são estatisticamente significativas.

	<i>t</i> -Student (df)	<i>p</i>	I.C. a 95%
<i>Subescala Restrição</i> <sup>1</sup>	-10,236 (133)	0,0001	]1,74; 2,58[
<i>Subescala Preocupação com a Forma</i> <sup>2</sup>	-7,156 (133)	0,0001	]1,43; 2,53[
<i>Subescala Preocupação com a Comida</i> <sup>3</sup>	-9,878 (135)	0,0001	]1,77; 2,66[
<i>Subescala Preocupação com o Peso</i> <sup>4</sup>	-6,29 (135)	0,0001	]1,10; 2,14[
<b>Score total</b> <sup>5</sup>	-9,102 (131)	0,0001	]1,57; 2,44[

Tabela 11 – Teste *t*-Student para as subescalas do EDE-Q e respectivo Score total.

<sup>1</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(59)_{\text{Grupo Clínico}} = 1,45; p=0,0001; KS(76)_{\text{Grupo não Clínico}} = 1,00; p = 0,0001$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,133) = 18,099; p = 0,0001$ ) (Maroco, 2007).

<sup>2</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 1,63; p=0,0001; KS(75)_{\text{Grupo não Clínico}} = 1,57; p = 0,001$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,133) = 0,685; p = 0,409$ ) (Maroco, 2007).

<sup>3</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 1,75; p=0,0001; KS(77)_{\text{Grupo não Clínico}} = 0,8; p = 0,0001$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,135) = 61,469; p = 0,0001$ ) (Maroco, 2007).

<sup>4</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 1,56; p=0,026; KS(77)_{\text{Grupo não Clínico}} = 1,49; p = 0,002$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,135) = 0,253; p = 0,616$ ) (Maroco, 2007).

<sup>5</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(59)_{\text{Grupo Clínico}} = 1,47; p=0,0001; KS(74)_{\text{Grupo não Clínico}} = 1,08; p = 0,0001$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,131) = 17,437; p = 0,0001$ ) (Maroco, 2007).

## 2. AS RELAÇÕES AFECTIVAS NA INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA

As relações afectivas na infância/adolescência foram avaliadas pelo EMBU – Memórias de Infância e o FCD – Desenho de Círculos Representativos da Família.

### 2.1. Os Estilos Educativos Parentais

Em relação aos estilos educativos parentais avaliados pelo EMBU – Memórias de Infância, os resultados encontram-se na Tabela 12. Como se pode constatar, existe um predomínio das práticas educativas parentais (pai e mãe) de suporte emocional em ambos os grupos.

		<b>Pai</b>		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
<i>Grupo Clínico</i>	<i>M</i>	3,4765	2,4994	1,6607
	<i>SD</i>	1,03665	1,01667	0,98163
<i>Grupo não Clínico</i>	<i>M</i>	3,6985	2,0229	1,6696
	<i>SD</i>	1,05861	0,44343	1,07646
		<b>Mãe</b>		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
<i>Grupo Clínico</i>	<i>M</i>	4,0456	2,5484	2,3599
	<i>SD</i>	1,03607	0,99831	1,19819
<i>Grupo não Clínico</i>	<i>M</i>	4,2095	2,1999	1,8596
	<i>SD</i>	0,95572	0,53830	0,73656

Tabela 12 – Estatística descritiva para os elementos do EMBU nos grupos em estudo.

A significância da diferença entre os valores médios dos estilos educativos parentais no grupo clínico vs. grupo não clínico foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes.

Os elementos do grupo clínico apresentam, em média, uma pontuação de 2,4994 (*SEM* = 0,13236) para o estilo educativo paterno de rejeição, enquanto o grupo não clínico apresenta, em média, uma pontuação de 2,0229 (*SEM* = 0,05086). De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças dos estilos educativos paternos de rejeição são estatisticamente significativas (*t* (133) =

3,664;  $p = 0,0001$ )<sup>6</sup>. E, em concordância, com o I.C. a 95% ]0,22; 0,73[, os elementos do grupo não clínico têm, em média, uma pontuação superior entre 0,22 e 0,73 do que o grupo clínico.

Em relação aos estilos educativos maternos de rejeição, os indivíduos com anorexia nervosa ( $M = 2,5484$ ;  $SEM = 0,12888$ ) apresentam uma pontuação superior estatisticamente significativa em comparação com o grupo não clínico ( $M = 2,1999$ ;  $SEM = 0,06175$ ) ( $t(134) = -2,603$ ;  $p = 0,010$ )<sup>7</sup>. De acordo, com o I.C. a 95% ]0,08; 0,61[, os elementos do grupo não clínico têm, em média, uma pontuação superior entre 0,08 e 0,61 do que o grupo clínico.

Por último, os elementos com anorexia nervosa apresentam, em média, uma pontuação de 2,3599 ( $SEM = 0,15469$ ) para o estilo educativo materno de sobreprotecção, enquanto o grupo não clínico apresenta, em média, uma pontuação de 1,8596 ( $SEM = 0,08449$ ). De acordo com o teste  $t$ -Student, as diferenças dos estilos educativos maternos de sobreprotecção são estatisticamente significativas ( $t(134) = -2,995$ ;  $p = 0,003$ )<sup>8</sup>. E, de acordo, com o I.C. a 95% ]0,17; 0,83[, os elementos do grupo clínico têm, em média, uma pontuação superior entre 0,17 e 0,83 do que o grupo não clínico.

Para uma melhor compreensão, em termos sistémicos, do Sistema Parental foram realizadas análises globais aos estilos educativos, por oposição às parcelares efectuadas (para o pai e para a mãe). Primeiramente, procedeu-se à análise da associação entre as dimensões representativas dos estilos paternos e maternos. Com este objectivo, utilizou-se as correlações de Pearson, que medem a *intensidade e a direcção da associação do tipo linear entre duas variáveis quantitativas* (Maroco, 2007, p. 43). Esta medida de associação permite verificar a existência de ligações positivas entre o mesmo

<sup>6</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(59)_{\text{Grupo Clínico}} = 1,02$ ;  $p=0,0001$ ;  $KS(76)_{\text{Grupo não Clínico}} = 0,44$ ;  $p = 0,0001$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,133) = 16,725$ ;  $p = 0,0001$ ) (Maroco, 2007).

<sup>7</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 0,998$ ;  $p=0,0001$ ;  $KS(76)_{\text{Grupo não Clínico}} = 0,538$ ;  $p = 0,0001$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,134) = 22,508$ ;  $p = 0,0001$ ) (Maroco, 2007).

<sup>8</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 1,198$ ;  $p=0,0001$ ;  $KS(76)_{\text{Grupo não Clínico}} = 0,737$ ;  $p = 0,200$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,134) = 14,511$ ;  $p = 0,0001$ ) (Maroco, 2007).

estilo educativo adoptados pelo pai e pela mãe em ambos os grupos (Tabela 13 e Tabela 14).

Como se pode observar na Tabela 13, os indivíduos com AN apresentam correlações negativas entre o estilo educativo paterno de rejeição e o estilo educativo materno de suporte emocional ( $\rho = -0,346$ ) e o estilo educativo paterno de suporte emocional e o estilo educativo materno de rejeição ( $\rho = -0,378$ ). Adicionalmente, verifica-se uma associação positiva entre os estilos educativos de rejeição e os estilos educativos de sobreprotecção (respectivamente,  $\rho = 0,418$  e  $\rho = 0,498$ ).

		Mãe		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
Pai	<i>Suporte Emocional</i>	0,695**	-0,378**	-0,050
	<i>Rejeição</i>	-0,346**	0,745**	0,418**
	<i>Sobreprotecção</i>	-0,124	0,498**	0,681**

Tabela 13 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos paternos e maternos do Grupo Clínico ( $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ).

Relativamente ao Grupo não Clínico, a Tabela 14 demonstra a associação negativa entre o estilo educativo paterno de suporte emocional e o estilo educativo materno de rejeição ( $\rho = -0,333$ ).

		Mãe		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
Pai	<i>Suporte Emocional</i>	0,729**	-0,333**	0,004
	<i>Rejeição</i>	0,016	0,280*	0,213
	<i>Sobreprotecção</i>	0,128	0,012	0,415**

Tabela 14 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos paternos e maternos do Grupo não Clínico ( $p < 0.05$ ; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ).

Após a análise das relações entre os estilos educativos paternos e maternos, formulou-se indicadores globais dos estilos educativos parentais. Utilizando a metodologia empregue por Canavarro, formulou-se os Estilos

Educativos do Sistema Parental, que *traduzem a intensidade média das práticas educativas utilizadas pelos pais e resulta da média das pontuações obtidas para o pai e para a mãe, em cada um dos estilos educativos* (1997, p. 276). Como se verifica, a prática educativa predominante do sistema parental dos grupos é a de suporte emocional (Tabela 15).

		Sistema Parental		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
<i>Grupo Clínico</i>	<i>M</i>	3,7683	2,5236	2,0115
	<i>SD</i>	0,95282	0,93713	0,99559
<i>Grupo não Clínico</i>	<i>M</i>	3,9540	2,1114	1,7742
	<i>SD</i>	0,93657	0,39376	0,77518

Tabela 15 – Estatística descritiva para os estilos educativos do Sistema Parental.

Os elementos do grupo clínico apresentam, em média, uma pontuação de 2,5236 ( $SEM = 0,12098$ ) para o estilo educativo do sistema parental de rejeição, enquanto o grupo não clínico apresenta, em média, uma pontuação de 2,1114 ( $SEM = 0,04517$ ). De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças dos estilos educativos parentais de rejeição são estatisticamente significativas ( $t(134) = -3,469$ ;  $p = 0,001$ )<sup>9</sup>. E, em concordância, com o I.C. a 95% ]0,18; 0,65[, os elementos do grupo não clínico têm, em média, uma pontuação superior entre 0,18 e 0,65 do que o grupo clínico.

Adicionalmente, a mesma autora (1997) criou um outro indicador, como forma de compensação, dado que os Estilos Educativos do Sistema Parental atenuam as diferenças entre os estilos educativos do pai e da mãe. Assim, a Discrepância Parental representa o grau de *disparidade entre o pai e a mãe, para cada um dos estilos considerados e resulta da diferença das pontuações da mãe e do pai* (Canavarro, 1997, p. 276). Neste indicador, quanto mais a pontuação se aproximar do valor zero, menor será a discrepância parental existente. Como se pode observar na Tabela 16, há uma menor discrepância parental média para o estilo educativo de rejeição.

<sup>9</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 0,94$ ;  $p = 0,0001$ ;  $KS(76)_{\text{Grupo não Clínico}} = 0,39$ ;  $p = 0,003$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,134) = 20,297$ ;  $p = 0,0001$ ) (Maroco, 2007).

		Discrepância Parental		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
<i>Grupo Clínico</i>	<i>M</i>	0,6312	0,4602	0,8548
	<i>SD</i>	0,76012	0,55555	0,75805
<i>Grupo não Clínico</i>	<i>M</i>	0,6032	0,3363	0,7310
	<i>SD</i>	0,67474	0,51937	0,72585

Tabela 16 – Estatística descritiva para a Discrepância entre os estilos educativos paternos e maternos.

## 2.2. A Proximidade Emocional aos pais

Relativamente à proximidade emocional relativamente aos pais, i.e., os dados avaliados pelo FCD – Desenho de Círculos Representativos de Família, encontram-se descritos na Ilustração 4 e na Ilustração 5. A primeira representação gráfica refere-se à média da distância, em milímetros, entre os centros dos círculos desenhados pelos indivíduos, o segundo gráfico remete-se para a média da distância, em milímetros, entre as margens dos círculos, e, por último, o terceiro gráfico é referente à média da medida qualitativa<sup>10</sup> elaborada por Pipp, Shaver, Jennings, Lamborn, & Fisher (1985). Apesar do período etário “16-20 anos” e “Actualmente” fazerem parte das relações afectivas no adulto, optou-se por apresentar a globalidade dos resultados neste ponto.

Como se pode constatar na Ilustração 4, o grupo clínico apresenta uma menor proximidade emocional à mãe em comparação com o grupo não clínico, traduzida pelo maior distanciamento dos centros dos círculos desenhados.

Em relação à distância média materna no período etário dos 6 aos 10 anos, os indivíduos com anorexia nervosa ( $M = 5,8\text{mm}$ ;  $SEM = 0,5\text{mm}$ ) apresentam uma proximidade emocional menor estatisticamente significativa em comparação com o grupo não clínico ( $M = 4,7\text{mm}$ ;  $SEM = 0,3\text{mm}$ ) ( $t(133) = -2,072$ ;  $p = 0,040$ )<sup>11</sup> com o I.C. a 95% ]0,05; 2,06[.

<sup>10</sup> 0. Sobreposição; 1. Intersecção parcial; 2. Apenas se tocam; 3. Não existe intersecção.

<sup>11</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 3,67$ ;  $p=0,000$ ;  $KS(75)_{\text{Grupo não Clínico}} = 0,218$ ;  $p = 0,000$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,133) = 9,744$ ;  $p = 0,002$ ) (Maroco, 2007).

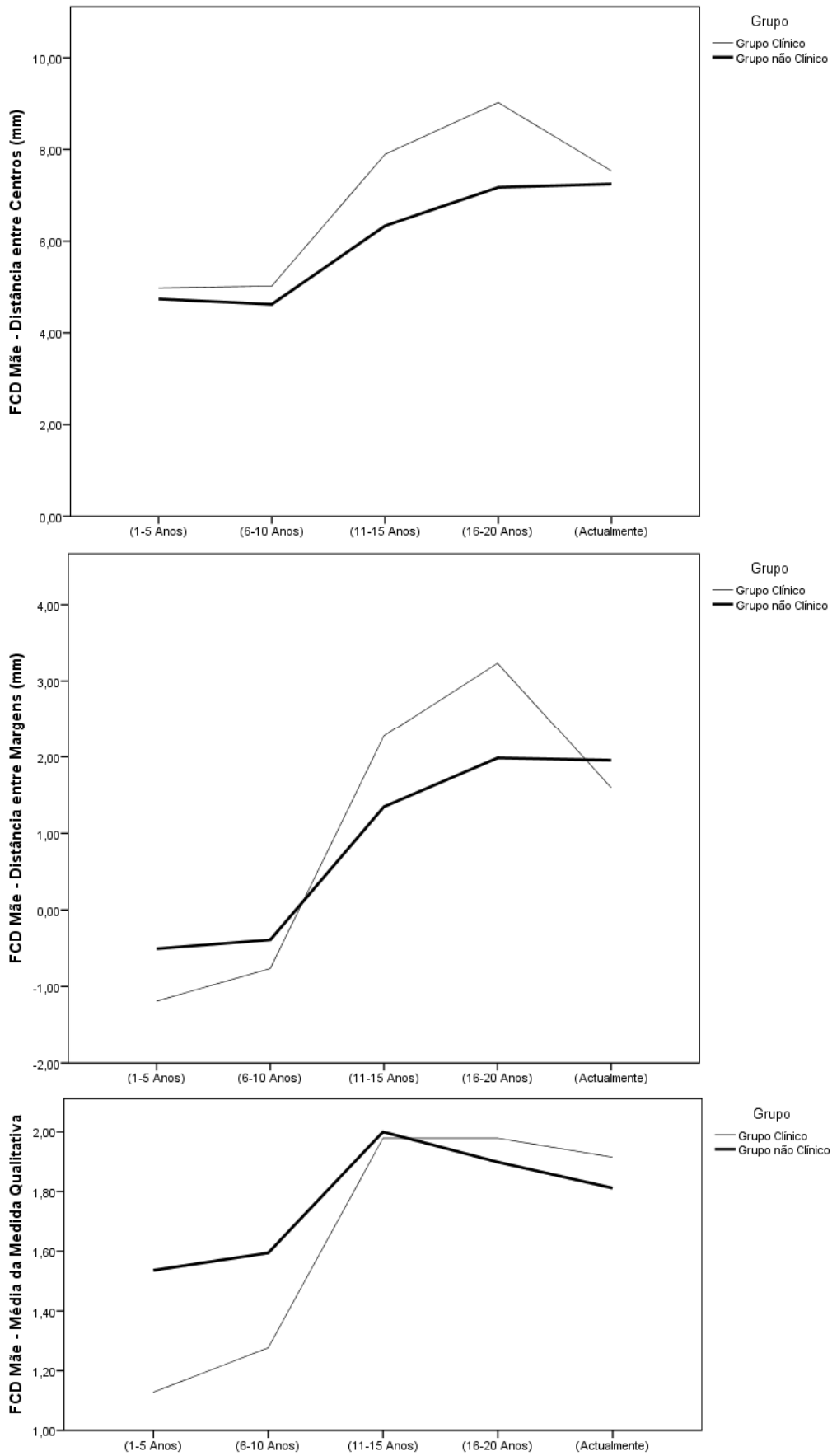


Ilustração 4 – Estatística descritiva para a proximidade emocional (FCD) à mãe em ambos os grupos.

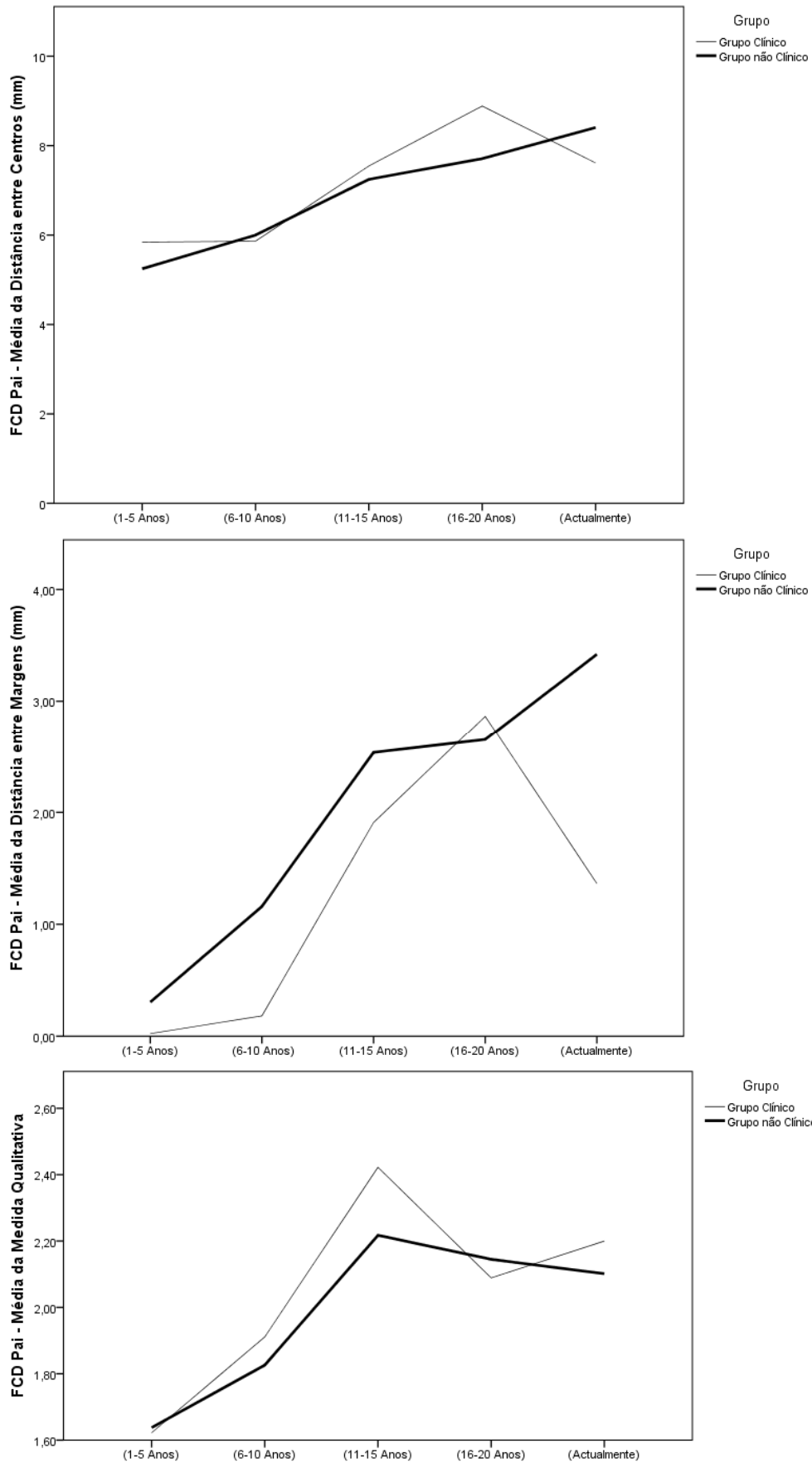


Ilustração 5 – Estatística descritiva para a proximidade emocional (FCD) ao pai em ambos os grupos.

### 2.3. Efeitos globais das relações afectivas na infância/adolescência

Para a compreensão dos efeitos globais das relações afectivas na infância e adolescência foram realizadas correlações de Pearson entre a proximidade emocional, traduzida pela distância média entre os centros dos círculos e pela distância média entre as margens dos círculos, e os estilos educativos parentais, respectivamente para o pai e para a mãe.

Relativamente ao grupo clínico, este apresenta uma correlação negativa significativa entre a proximidade emocional à mãe (traduzida pela distância entre os centros e entre as margens dos círculos) e o estilo educativo materno de suporte emocional. Adicionalmente, existe uma correlação positiva entre a proximidade emocional materna no grupo etário “Actualmente” e o estilo educativo materno de sobreprotecção (Tabela 17).

		Mãe		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
<b>FCD Mãe Distância entre os Centros</b>	<i>(1-5 Anos)</i>	-0,301*	0,169	0,086
	<i>(6-10 Anos)</i>	-0,320*	0,154	-0,048
	<i>(11-15 Anos)</i>	-0,453**	0,104	-0,033
	<i>(16-20 Anos)</i>	-0,684**	0,106	0,007
	<i>(Actualmente)</i>	-0,313*	0,132	0,269*
<b>FCD Mãe Distância entre as Margens</b>	<i>(1-5 Anos)</i>	-0,331**	0,148	-0,024
	<i>(6-10 Anos)</i>	-0,346**	0,168	-0,105
	<i>(11-15 Anos)</i>	-0,532**	0,133	-0,046
	<i>(16-20 Anos)</i>	-0,662**	0,103	-0,012
	<i>(Actualmente)</i>	-0,349**	0,180	0,272*

Tabela 17 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional à mãe e os estilos educativos maternos no Grupo Clínico (\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ).

Analogamente para o pai, existem correlações negativas entre a proximidade emocional no período etário “1-15 anos” com o estilo educativo paterno de suporte emocional. Também se verifica correlações positivas entre a proximidade emocional no período etário “6 aos 15 anos”, no grupo clínico. A salientar a correlação negativa entre a distância entre as margens dos círculos e o estilo educativo paterno de rejeição (Tabela 18).

		Pai		
		Suporte Emocional	Rejeição	Sobreprotecção
FCD Pai Distância entre os Centros	(1-5 Anos)	-0,282	0,140	-0,055
	(6-10 Anos)	-0,263*	0,273*	0,174
	(11-15 Anos)	-0,290*	0,329*	0,127
	(16-20 Anos)	-0,284	-0,093	-0,014
	(Actualmente)	0,002	-0,261	-0,102
FCD Pai Distância entre as Margens	(1-5 Anos)	-0,352**	0,211	0,001
	(6-10 Anos)	-0,342**	0,371**	0,223
	(11-15 Anos)	-0,365**	0,376**	0,156
	(16-20 Anos)	-0,296	-0,061	-0,042
	(Actualmente)	-0,039	-0,331*	-0,118

Tabela 18 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional ao pai e os estilos educativos maternos no Grupo Clínico (\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ).

As mesmas medidas de associação foram aplicadas ao grupo não clínico (Tabela 19 e Tabela 20). Relativamente à proximidade emocional materna, esta apresenta associações negativas com o estilo educativo materno de suporte emocional. A salientar a existência de uma correlação positiva significativa entre a distância entre as margens dos círculos no grupo etário “11-15 anos” e o estilo educativo materno de rejeição.

		Mãe		
		Suporte Emocional	Rejeição	Sobreprotecção
FCD Mãe Distância entre os Centros	(1-5 Anos)	-0,237*	-0,076	-0,147
	(6-10 Anos)	-0,278*	-0,088	-0,222
	(11-15 Anos)	-0,321**	0,166	-0,159
	(16-20 Anos)	-0,261*	0,114	-0,179
	(Actualmente)	-0,292*	0,112	-0,192
FCD Mãe Distância entre as Margens	(1-5 Anos)	-0,287*	0,016	-0,070
	(6-10 Anos)	-0,367**	-0,019	-0,100
	(11-15 Anos)	-0,354**	0,227*	-0,084
	(16-20 Anos)	-0,263*	0,104	-0,127
	(Actualmente)	-0,307**	0,134	-0,147

Tabela 19 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional à mãe e os estilos educativos maternos no Grupo não Clínico (\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ).

No mesmo grupo, os indivíduos apresentam o mesmo comportamento relativamente à proximidade emocional paterna e o estilo educativo paterno de suporte emocional. Adicionalmente, o grupo não clínico apresenta correlações negativas entre a distância entre os centros no grupo etário 1-10 anos e o estilo educativo paterno de sobreprotecção. Relativamente à distância entre as margens dos círculos, encontra-se associada, no grupo etário dos “11-15 anos”, positivamente com o estilo educativo paterno de rejeição, e no grupo etário “6-10 anos” com o estilo educativo paterno de sobreprotecção, de forma negativa.

		Pai		
		<i>Suporte Emocional</i>	<i>Rejeição</i>	<i>Sobreprotecção</i>
<b>FCD Pai Distância entre os Centros</b>	<i>(1-5 Anos)</i>	-0,227*	0,100	-0,251*
	<i>(6-10 Anos)</i>	-0,326**	0,007	-0,290
	<i>(11-15 Anos)</i>	-0,341**	0,176	-0,182
	<i>(16-20 Anos)</i>	-0,317**	0,204	-0,164
	<i>(Actualmente)</i>	-0,325**	0,064	-0,129
<b>FCD Pai Distância entre as Margens</b>	<i>(1-5 Anos)</i>	-0,227	0,141	-0,210
	<i>(6-10 Anos)</i>	-0,352**	0,032	-0,255*
	<i>(11-15 Anos)</i>	-0,346**	0,229	-0,145
	<i>(16-20 Anos)</i>	-0,341**	0,234	-0,118
	<i>(Actualmente)</i>	-0,352**	0,103	-0,092

Tabela 20 – Matriz de correlações de Pearson entre a proximidade emocional ao pai e os estilos educativos maternos no Grupo não Clínico ( $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ).

No sentido de confirmar e explorar os dados obtidos, tentou-se conhecer o conjunto de variáveis independentes e os seus efeitos de interacção que melhor diferenciavam o grupo clínico do grupo não clínico. Com este objectivo, utilizou-se uma análise de função discriminante. Como variáveis independentes, no modelo discriminante, colocaram-se aquelas que, nos resultados até aqui obtidos, revelaram exercer efeitos principais explicativos das diferenças entre grupos.

A Análise Discriminante *stepwise* extraiu uma função discriminante ( $\Lambda = 0,906$ ;  $X^2(1) = 12,954$ ;  $p = 0,0001$ ), tendo retido como estatisticamente significativa a variável estilo educativo paterno de rejeição (Tabela 21). A

percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original foi de 62,2%.

Funções Classificatórias
<i>Grupo Clínico</i> = 4,432 <i>Pai: Rejeição</i> – 6,359
<i>Grupo não Clínico</i> = 3,575 <i>Pai: Rejeição</i> – 4,185

Tabela 21 – Funções classificatórias (Relações Afectivas na Infância/Adolescência).

Numa segunda fase, considerou-se para o modelo discriminante todas as variáveis referentes às relações afectivas na infância/adolescência. Assim, a Análise Discriminante *stepwise* extraiu uma função discriminante ( $\Lambda = 0,671$ ;  $\chi^2(5) = 42,928$ ;  $p = 0,0001$ ), tendo retido como estatisticamente significativas as variáveis estilo educativo paterno de rejeição, estilo educativo paterno de sobreprotecção e a proximidade emocional materna nos grupos etários “1-5 anos” e “11-15 anos”. A Tabela 22 apresenta os coeficientes estandardizados destas variáveis na função discriminante. A percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original foi de 69,2%.

Variáveis	Coeficientes na Função Discriminante
<i>FCD Mãe (1-5 Anos) DC</i>	0,565
<i>FCD Mãe (11-15 Anos) DC</i>	0,527
<i>FCD Mãe (1-5 Anos) QL</i>	-1,169
<i>Pai: Rejeição</i>	0,563
<i>Pai: Sobreprotecção</i>	-0,396

**Funções Classificatórias**

<i>Grupo Clínico</i> = 0,858 <i>FCD Mãe (1-5 Anos) DC</i> + 0,195 <i>FCD Mãe (11-15 Anos) DC</i> + 0,813 <i>FCD Mãe (1-5 Anos) QL</i> + 5,467 <i>Pai: Rejeição</i> + 0,923 <i>Pai: Sobreprotecção</i> – 11,581
<i>Grupo não Clínico</i> = 0,515 <i>FCD Mãe (1-5 Anos) DC</i> + 0,04 <i>FCD Mãe (11-15 Anos) DC</i> + 3,486 <i>FCD Mãe (1-5 Anos) QL</i> + 4,304 <i>Pai: Rejeição</i> + 1,499 <i>Pai: Sobreprotecção</i> – 10,234

Tabela 22 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias (Relações Afectivas na Infância/Adolescência).

### 3. AS RELAÇÕES AFECTIVAS NA ADOLESCÊNCIA E FASE ADULTA

As relações afectivas na adolescência e fase adulta foram avaliadas pela EVA – Escala de Vinculação do Adulto, cujos resultados encontra-se na Tabela 23.

		Ansiedade	Conforto com a Proximidade	Confiança nos Outros
<i>Grupo Clínico</i>	<i>M</i>	13,5711	5,7336	7,0231
	<i>SD</i>	4,04300	2,91511	2,32610
<i>Grupo não Clínico</i>	<i>M</i>	11,2051	5,8794	5,4067
	<i>SD</i>	4,05818	1,62702	1,83468

Tabela 23 – Estatística descritiva para os elementos da EVA em ambos os grupos.

À semelhança das relações afectivas na infância/adolescência, a significância da diferença entre os valores médios dos padrões de vinculação do grupo clínico vs. grupo não clínico foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes.

Os elementos do grupo clínico apresentam, em média, uma pontuação de 13,5711 (*SEM* = 0,52195) para o padrão de vinculação ansioso, enquanto o grupo não clínico apresenta, em média, uma pontuação de 11,2051 (*SEM* = 0,46247). De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças do padrão de vinculação ansioso são estatisticamente significativas ( $t(133) = -3,391$ ;  $p = 0,001$ )<sup>12</sup>. E, em concordância, com o I.C. a 95% ]0,99; 3,75[, os elementos do grupo clínico têm, em média, uma pontuação superior entre 0,99 e 3,75 do que o grupo não clínico.

Adicionalmente, os elementos com AN apresentam, em média, uma pontuação de 7,0231 (*SEM* = 0,30030) para o padrão de vinculação confiança nos outros, enquanto o grupo não clínico apresenta, em média, uma pontuação de 5,4067 (*SEM* = 0,20908). De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças dos padrões de vinculação confiança nos outros são estatisticamente

<sup>12</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 4,04$ ;  $p=0,200$ ;  $KS(77)_{\text{Grupo não Clínico}} = 4,05$ ;  $p = 0,200$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,135) = 0,0$ ;  $p = 0,993$ ) (Maroco, 2007).

significativas ( $t(135) = -4,578; p = 0,0001$ )<sup>13</sup>. E, de acordo, com o I.C. a 95% ]0,91; 2,32[, os elementos do grupo clínico têm, em média, uma pontuação superior entre 0,91 e 2,32 do que o grupo não clínico.

### 3.1. Efeitos globais das relações afectivas na adolescência e fase adulta

No sentido de confirmar e explorar os dados obtidos, tentou-se conhecer o conjunto de variáveis independentes e os seus efeitos de interacção que melhor diferenciavam os grupos em estudo no contexto das relações afectivas ao longo do ciclo de vida, utilizando-se, assim, uma análise de função discriminante. Como variáveis independentes, no modelo discriminante, consideraram-se aquelas que, nos resultados obtidos, revelaram exercer efeitos principais explicativos das diferenças entre grupos.

A Análise Discriminante *stepwise* extraiu uma função discriminante ( $\Lambda = 0,867; X^2(1) = 19,174; p = 0,0001$ ), tendo retido como estatisticamente significativa a variável confiança nos outros (Tabela 24). A percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original foi de 67,9%.

Funções Classificatórias
<i>Grupo Clínico</i> = 1,649 <i>Confiança nos Outros</i> – 6,615
<i>Grupo não Clínico</i> = 1,269 <i>Confiança nos Outros</i> – 4,007

Tabela 24 – Funções classificatórias (Relações Afectivas na Adolescência e fase Adulta).

<sup>13</sup> Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ( $KS(60)_{\text{Grupo Clínico}} = 2,33; p=0,200$ ;  $KS(77)_{\text{Grupo não Clínico}} = 1,83; p = 0,200$ ) e com o teste de Levene ( $F(1,135) = 4,725; p = 0,031$ ) (Maroco, 2007).

#### 4. AS RELAÇÕES AFECTIVAS AO LONGO DO CICLO DE VIDA

Como se verificou nos títulos anteriores, os indivíduos com AN apresentam uma diferença significativa, em comparação com o grupo não clínico, no estilo educativo parental<sup>14</sup> de rejeição, no distanciamento emocional<sup>15</sup> materno no grupo etário “6-10 anos” e nos padrões de vinculação ansiedade e confiança nos outros. Adicionalmente, constatou-se, no grupo clínico, associações positivas entre o estilo educativo materno de suporte emocional e a proximidade emocional materna ao longo do ciclo de vida; o estilo educativo paterno de suporte emocional e a proximidade emocional paterna do grupo etário 1-15 anos; e o estilo educativo paterno de rejeição associado a um maior distanciamento emocional paterno no grupo etário 6-15 anos.

No sentido de compreender qual a relação entre as relações afectivas estabelecidas na infância/adolescência e as relações afectivas na fase adulta, estabeleceram-se correlações de Pearson entre os itens das escalas usadas na investigação.

Como se pode verificar no grupo clínico, existem correlações significativas entre o estilo educativo de sobreprotecção e o padrão de vinculação conforto com a proximidade ( $\rho_{\text{pai}} = 0,350$ ;  $\rho_{\text{mãe}} = 0,271$ ). Adicionalmente, o estilo educativo materno de rejeição encontra-se associado aos padrões de vinculação inseguros, traduzidos na EVA pelos itens Ansiedade e Confiança nos Outros. Por último, constata-se uma relação positiva entre o estilo educativo materno de sobreprotecção e o padrão de vinculação ansioso (Tabela 25).

<sup>14</sup> Compreenda-se como *parental* a globalidade das práticas educativas, i.e., estilos educativos paternos, maternos e do Sistema Parental.

<sup>15</sup> Compreenda-se o conceito de *distanciamento emocional* em oposição ao de proximidade emocional, avaliado pelo FCD. Assim quanto maior o valor médio da distância, maior o distanciamento emocional.

		<i>Ansiedade</i>	<i>Conforto com a Proximidade</i>	<i>Confiança nos Outros</i>
<b>Pai</b>	<i>Suporte Emocional</i>	-0,242	0,199	-0,249
	<i>Rejeição</i>	0,247	0,041	0,114
	<i>Sobreprotecção</i>	0,229	0,350**	0,116
<b>Mãe</b>	<i>Suporte Emocional</i>	-0,186	0,157	-0,118
	<i>Rejeição</i>	0,360**	-0,073	0,266**
	<i>Sobreprotecção</i>	0,262*	0,271*	0,067

Tabela 25 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos e os padrões de vinculação no Grupo Clínico (\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ).

Relativamente ao grupo não clínico, não foram encontradas associações entre os estilos educativos (maternos e paternos) e os padrões de vinculação. Como tal, não são apresentados os resultados para não saturar a apresentação com dados irrelevantes.

		<b>Grupo Clínico</b>			<b>Grupo não Clínico</b>		
		<i>Ansiedade</i>	<i>Conforto com a Proximidade</i>	<i>Confiança nos Outros</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Conforto com a Proximidade</i>	<i>Confiança nos Outros</i>
<b>Sistema Parental</b>	<i>Suporte Emocional</i>	-0,213	0,176	-0,186	-0,127	0,009	-0,187
	<i>Rejeição</i>	0,320*	-0,017	0,201	0,197	0,042	0,198
	<i>Sobreprotecção</i>	0,268*	0,327*	0,098	0,029	0,033	-0,235*

Tabela 26 – Matriz de correlações de Pearson entre os estilos educativos do sistema parental e os padrões de vinculação (\* $p < 0.05$ ).

Utilizando a mesma medida de associação, mas entre os estilos educativos do sistema parental e os padrões de vinculação (Tabela 26), obteve-se, no grupo clínico, correlações positivas entre o estilo educativo de rejeição e o padrão de vinculação ansioso; e entre o estilo educativo de sobreprotecção e os padrões de vinculação ansiedade e conforto com a

proximidade. Relativamente ao grupo não clínico, estabeleceu-se uma correlação negativa entre o estilo educativo de sobreprotecção e o padrão de vinculação confiança nos outros.

Relativamente à diferença entre as práticas parentais, i.e., a discrepância parental, encontrou-se associações positivas, no grupo clínico, entre o estilo educativo de rejeição e os padrões de vinculação inseguros e, no grupo não clínico, entre o estilo educativo de rejeição e o padrão de vinculação ansiedade (Tabela 27).

		Grupo Clínico			Grupo não Clínico		
		<i>Ansiedade</i>	<i>Conforto com a Proximidade</i>	<i>Confiança nos Outros</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Conforto com a Proximidade</i>	<i>Confiança nos Outros</i>
<b>Discrepância Parental</b>	<i>Suporte Emocional</i>	0,063	-0,77	0,210	0,160	0,152	0,097
	<i>Rejeição</i>	0,375**	-0,107	0,273*	0,264*	0,137	0,044
	<i>Sobreprotecção</i>	0,059	-0,123	0,029	0,035	-0,167	-0,080

Tabela 27 – Matriz de correlações de Pearson entre a discrepância parental nos estilos educativos e os padrões de vinculação ( $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ).

Relativamente à proximidade emocional, foram encontradas algumas correlações significativas em ambos os grupos. Assim, a proximidade emocional à mãe e ao pai está associada negativamente ao padrão de vinculação confiança nos outros.

Para o grupo clínico, a proximidade emocional à mãe no período etário dos “1-5 anos” obteve  $\rho_{DC} = 0,379$  ( $p < 0.01$ ) e  $\rho_{QL} = 0,318$  ( $p < 0.05$ ); e o período “6-10 anos”  $\rho_{QL} = 0,309$  ( $p < 0.05$ ). No caso paterno apenas o grupo etário “1-5 anos” obteve correlação significativa [ $\rho_{QL} = 0,260$  ( $p < 0.05$ )].

Para o grupo clínico, a proximidade emocional materna associou-se apenas no grupo etário “1-5 anos” [ $\rho_{QL} = 0,240$  ( $p < 0.05$ )]. Relativamente ao pai, a medida qualitativa associou-se ao padrão de vinculação confiança nos

outros desde o nascimento aos 20 anos [ $\rho_{1-5\text{anos}} = 0,354$  ( $p < 0.01$ );  $\rho_{6-10\text{anos}} = 0,365$  ( $p < 0.01$ );  $\rho_{11-15\text{anos}} = 0,234$  ( $p < 0.05$ );  $\rho_{16-20\text{anos}} = 0,244$  ( $p < 0.05$ )].

#### 4.1. Efeitos globais das relações afectivas ao longo do ciclo de vida

No sentido de confirmar e explorar os dados obtidos, tentou-se conhecer o conjunto de variáveis independentes e os seus efeitos de interacção que melhor diferenciavam os grupos em estudo no contexto das relações afectivas ao longo do ciclo de vida, utilizando-se, assim, uma análise de função discriminante. Como variáveis independentes, no modelo discriminante, consideraram-se aquelas que, nos resultados obtidos, revelaram exercer efeitos principais explicativos das diferenças entre grupos.

A Análise Discriminante *stepwise* extraiu uma função discriminante ( $\Lambda = 0,817$ ;  $X^2(2) = 26,451$ ;  $p = 0,0001$ ), tendo retido como estatisticamente significativa as variáveis confiança nos outros e estilo educativo paterno de rejeição. A Tabela 28 apresenta os coeficientes standardizados destas variáveis na função discriminante. A percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original foi de 74,1%.

Variáveis	Coeficientes na Função Discriminante
<i>Confiança nos Outros</i>	0,739
<i>Pai: Rejeição</i>	0,583
Funções Classificatórias	
<i>Grupo Clínico</i> = 1,451 <i>Confiança nos Outros</i> + 3,910 <i>Pai: Rejeição</i> – 10,764	
<i>Grupo não Clínico</i> = 1,112 <i>Confiança nos Outros</i> + 3,175 <i>Pai: Rejeição</i> – 6,772	

Tabela 28 – Coeficientes standardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias (Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida).

Numa segunda fase, considerou-se para o modelo discriminante todas as variáveis referentes às relações afectivas ao longo do ciclo de vida. Assim, a Análise Discriminante *stepwise* extraiu uma função discriminante ( $\Lambda = 0,623$ ;  $X^2(5) = 50,91$ ;  $p = 0,0001$ ), tendo retido como estatisticamente significativas as

variáveis estilo educativo paterno de rejeição, confiança nos outros e a proximidade emocional materna nos grupos etários “1-5 anos” e “11-15 anos”. A Tabela 29 apresenta os coeficientes estandardizados destas variáveis na função discriminante e as respectivas funções classificatórias. A percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original foi de 75,4%.

Variáveis	Coeficientes na Função Discriminante
<i>FCD Mãe (1-5 Anos) DC</i>	0,519
<i>FCD Mãe (11-15 Anos) DC</i>	0,492
<i>FCD Mãe (1-5 Anos) QL</i>	-1,128
<i>Confiança nos Outros</i>	0,564
<i>Pai: Rejeição</i>	0,350
Funções Classificatórias	
<i>Grupo Clínico = 0,897 FCD Mãe (1-5 Anos) DC + 0,197 FCD Mãe (11-15 Anos) DC – 0,582 FCD Mãe (1-5 Anos) QL + 1,544 Confiança nos Outros + 5,439 Pai: Rejeição – 15,469</i>	
<i>Grupo não Clínico = 0,547 FCD Mãe (1-5 Anos) DC + 0,035 FCD Mãe (11-15 Anos) DC + 2,283 FCD Mãe (1-5 Anos) QL + 1,085 Confiança nos Outros + 4,637 Pai: Rejeição – 11,391</i>	

**Tabela 29 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias (Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida).**

No sentido de contextualizar as relações afectivas ao longo do ciclo de vida e compreender a relação e continuidade entre as variáveis em estudo realizou-se uma Regressão Linear Múltipla. Assim, para cada grupo, foram colocadas sucessivamente, como variáveis dependentes, os diversos padrões de vinculação. Como variáveis independentes, mantiveram-se os três estilos educativos (Tabela 30 e Tabela 31).

A análise da Tabela 30 revela que, no grupo clínico, o estilo educativo materno de rejeição contribui para todos os padrões de vinculação, em especial e de forma única, para os padrões de vinculação ansiedade e confiança nos outros, i.e., padrões de vinculação inseguros. No caso específico do padrão de vinculação conforto com a proximidade, este é marcado pelos estilos educativos paternos de sobreprotecção e maternos de rejeição.

Padrões de Vinculação	Estilos Educativos	Modelo Ajustado
<i>Ansiedade</i>	<i>Mãe: Rejeição</i> $\beta = 0,375; t(57) = 3,051; p = 0,003$	<i>Ansiedade = 9,692 + 1,471 Mãe: Rejeição</i> $F(1,57) = 9,31; p = 0,003; R_a^2 = 0,125$
<i>Conforto com a Proximidade</i>	<i>Pai: Sobreprotecção</i> $\beta = 0,516; t(56) = 3,763; p = 0,0001$ <i>Mãe: Rejeição</i> $\beta = 0,335; t(56) = -2,437; p = 0,018$	<i>Conforto com a Proximidade = 5,746 + 1,504 Pai: Sobreprotecção - 0,95 Mãe: Rejeição</i> $F(2,56) = 7,289; p = 0,002; R_a^2 = 0,178$
<i>Confiança nos Outros</i>	<i>Mãe: Rejeição</i> $\beta = 0,272; t(57) = 2,133; p = 0,037$	<i>Confiança nos Outros = 5,38 + 0,624 Mãe: Rejeição</i> $F(1,57) = 4,551; p = 0,037; R_a^2 = 0,058$

Tabela 30 – Regressão linear múltipla para os padrões de vinculação com os estilos educativos como preditores (Grupo Clínico).

Para o grupo não clínico (Tabela 31), quando se fez regredir os estilos educativos parentais sobre o padrão de vinculação conforto com a proximidade, não se obteve valores significativos. Relativamente aos padrões de vinculação inseguros, i.e., ansiedade e confiança nos outros, têm o contributo, na razão inversa, do estilo educativo paterno de suporte emocional.

Padrões de Vinculação	Estilos Educativos	Modelo Ajustado
<i>Ansiedade</i>	<i>Pai: Suporte Emocional</i> $\beta = -0,224; t(73) = -2,154; p = 0,035$	<i>Ansiedade = 14,974 - 1,003 Pai: Suporte Emocional</i> $F(1,73) = 4,641; p = 0,035; R_a^2 = 0,047$
<i>Confiança nos Outros</i>	<i>Pai: Suporte Emocional</i> $\beta = -0,319; t(73) = -2,873; p = 0,005$	<i>Confiança nos Outros = 7,59 - 0,576 Pai: Suporte Emocional</i> $F(1,73) = 8,257; p = 0,005; R_a^2 = 0,089$

Tabela 31 – Regressão linear múltipla para os padrões de vinculação com os estilos educativos como preditores (Grupo não Clínico).

**CAPÍTULO V:**  
**AS RELAÇÕES AFECTIVAS AO LONGO DO CICLO DE VIDA DA**  
**PESSOA COM ANOREXIA NERVOSA**

---

Como se pode verificar no capítulo anterior as pessoas com AN, quando comparados com pessoas sem perturbação alimentar, distinguem-se destes por percepcionarem que a sua infância e adolescência se caracterizaram por maiores níveis de rejeição por parte de ambos os pais, assim como, de sobreprotecção por parte da mãe, e sentirem uma menor proximidade emocional materna no período etário “6-10 anos”. Enquanto adultos, apresentam padrões de vinculação mais ansiosos e evitantes, i.e., confiança nos outros.

Como foi referido anteriormente, o objectivo central do estudo foi conhecer os efeitos estabelecidos das relações afectivas ao longo do ciclo de vida, explicativos das diferenças entre grupos em termos de saúde mental/perturbação do comportamento alimentar (Ilustração 6).

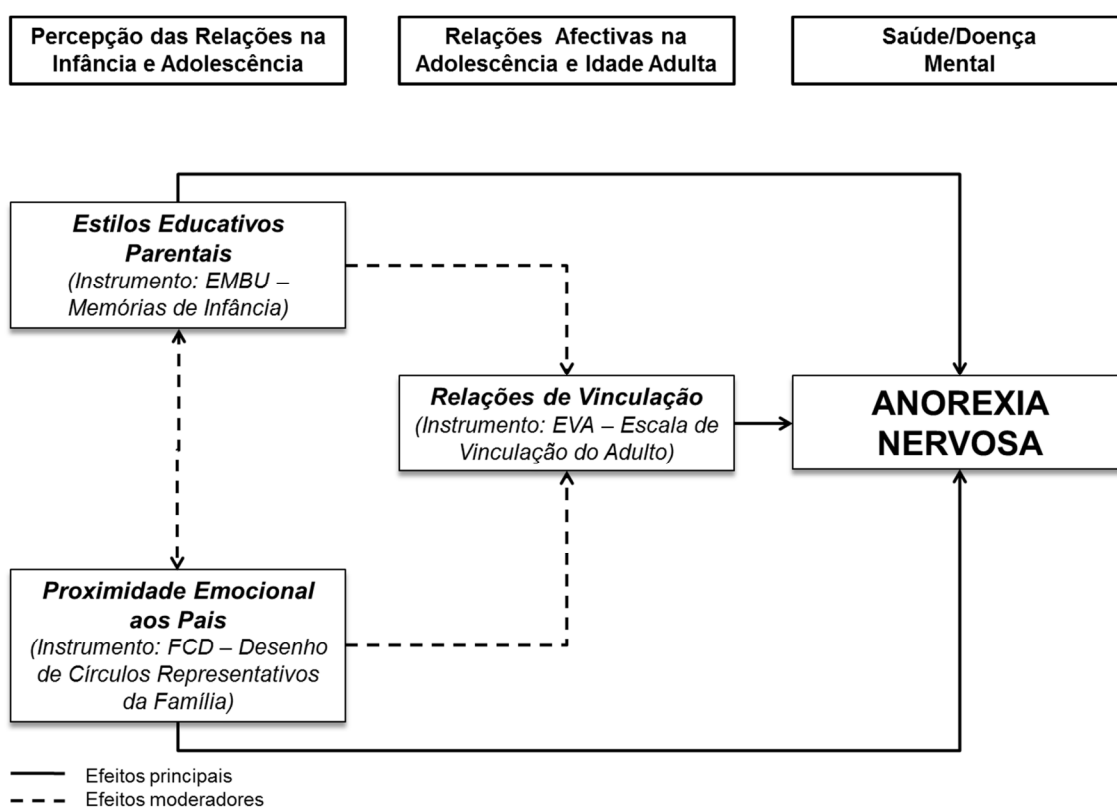


Ilustração 6 – Modelo teórico de associações entre as relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental.

Neste sentido, utilizou-se uma análise de função discriminante. Como variáveis independentes, no modelo discriminante, consideraram-se aquelas que, nos resultados obtidos, revelaram exercer efeitos principais explicativos das diferenças entre grupos.

A Análise Discriminante *stepwise* extraiu uma função discriminante ( $\Lambda = 0,446$ ;  $X^2(5) = 101,321$ ;  $p = 0,0001$ ), tendo retido como estatisticamente significativa as variáveis restrição, preocupação com a comida, score total, confiança nos outros e estilo educativo materno de sobreprotecção. A Tabela 32 apresenta os coeficientes estandardizados destas variáveis na função discriminante. A percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original foi de 85,6%.

Variáveis	Coefficientes na Função Discriminante
<i>Restrição</i>	0,897
<i>Preocupação com a Comida</i>	0,819
<i>Score total</i>	-0,758
<i>Confiança nos Outros</i>	0,348
<i>Mãe: Sobreprotecção</i>	0,287

**Funções Classificadoras**

*Grupo Clínico* = 1,24 *Restrição* + 0,24 *Preocupação com a Comida* – 0,627 *Score total* + 1,612 *Confiança nos Outros* + 2,802 *Mãe: Sobreprotecção* – 13,004

*Grupo não Clínico* = -0,405 *Restrição* – 1,113 *Preocupação com a Comida* + 1,96 *Score total* + 1,233 *Confiança nos Outros* + 2,144 *Mãe: Sobreprotecção* – 6,546

**Tabela 32 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias.**

Numa segunda fase, considerou-se para o modelo discriminante todas as variáveis do estudo. Assim, a Análise Discriminante *stepwise* extraiu uma função discriminante ( $\Lambda = 0,346$ ;  $X^2(8) = 109,169$ ;  $p = 0,0001$ ), tendo retido como estatisticamente significativas as variáveis restrição, preocupação com a comida, score total, estilo educativo paterno de rejeição, confiança nos outros e a proximidade emocional materna nos grupos etários “6-10 anos” e “11-15 anos”. A Tabela 33 apresenta os coeficientes estandardizados destas variáveis na função discriminante e as respectivas funções classificatórias. A

percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original foi de 88,5%.

Variáveis	Coefficientes na Função Discriminante
<i>Restrição</i>	0,871
<i>Preocupação com a Comida</i>	1,133
<i>Score total</i>	-1,051
<i>FCD Mãe (11-15 Anos) DC</i>	0,590
<i>FCD Mãe (6-10 Anos) QL</i>	-0,464
<i>FCD Mãe (11-15 Anos) QL</i>	-0,451
<i>Confiança nos Outros</i>	0,286
<i>Pai: Rejeição</i>	0,350

**Funções Classificatórias**

---

*Grupo Clínico = 2,297 Restrição + 0,456 Preocupação com a Comida – 0,57 Score total + 0,121 FCD Mãe (11-15 Anos) DC + 1,094 FCD Mãe (6-10 Anos) QL + 1,634 FCD Mãe (11-15 Anos) QL + 1,481 Confiança nos Outros + 5,031 Pai: Rejeição – 18,095*

---

*Grupo não Clínico = 0,187 Restrição – 1,917 Preocupação com a Comida + 1,762 Score total – 0,249 FCD Mãe (11-15 Anos) DC + 3,189 FCD Mãe (6-10 Anos) QL + 3,194 FCD Mãe (11-15 Anos) QL + 1,073 Confiança nos Outros + 3,637 Pai: Rejeição – 12,614*

**Tabela 33 – Coeficientes estandardizados das variáveis com poder discriminante e funções classificatórias.**

No sentido de contextualizar as relações afectivas ao longo do ciclo de vida e compreender a relação e continuidade entre estas e a saúde mental realizou-se uma Regressão Linear Múltipla. Assim, para cada grupo, foram colocadas sucessivamente, como variáveis dependentes, as quadro subescalas do EDE-Q – *Restrição*, *Preocupação com a Forma*, *Preocupação com a Comida*, *Preocupação com o Peso* – e, por fim, o score total, no sentido de traduzir a globalidade da perturbação do comportamento alimentar. Como variáveis independentes foram consideradas todas as variáveis relativas às relações afectivas ao longo do ciclo de vida (Tabela 34 e Tabela 35).

<b>Perturbação do Comportamento Alimentar</b>	<b>Variáveis Independentes</b>	<b>Modelo Ajustado</b>
<i>Restrição</i>	<i>Mãe: Suporte Emocional</i> $\beta = -0,27$ ; $t(56) = -2,102$ ; $p = 0,040$	<i>Restrição = 4,497 – 0,375 Mãe: Suporte Emocional</i> <b>F(1,56) = 4,42; p = 0,040; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,057</b>
<i>Preocupação com a Forma</i>	<i>Mãe: Suporte Emocional</i> $\beta = -0,352$ ; $t(57) = -2,843$ ; $p = 0,006$	<i>Preocupação com a Forma = 5,878 – 0,55 Mãe: Suporte Emocional</i> <b>F(1,57) = 8,08; p = 0,006; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,109</b>
<i>Preocupação com a Comida</i>	<i>Mãe: Suporte Emocional</i> $\beta = -0,383$ ; $t(57) = -3,132$ ; $p = 0,003$	<i>Preocupação com a Comida = 5,353 – 0,644 Mãe: Suporte Emocional</i> <b>F(1,57) = 9,808; p = 0,003; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,132</b>
<i>Preocupação com o Peso</i>	<i>Mãe: Suporte Emocional</i> $\beta = -0,293$ ; $t(57) = -2,316$ ; $p = 0,024$	<i>Preocupação com o Peso = 4,995 – 0,437 Mãe: Suporte Emocional</i> <b>F(1,57) = 5,363; p = 0,024; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,070</b>
<i>Score total</i>	<i>Mãe: Suporte Emocional</i> $\beta = -0,357$ ; $t(56) = -2,863$ ; $p = 0,006$	<i>Score total = 5,189 – 0,5 Mãe: Suporte Emocional</i> <b>F(1,56) = 8,198; p = 0,006; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,112</b>

Tabela 34 - Regressão linear múltipla para a perturbação do comportamento alimentar com as relações afectivas ao longo do ciclo de vida como preditores (Grupo Clínico).

Como se pode verificar pela análise das tabelas referentes às regressões múltiplas para os diferentes grupos, o estilo educativo materno de suporte emocional é, para o grupo clínico, a variável que mais explica o grau de perturbação do comportamento alimentar (Tabela 34). No caso do grupo não clínico, o padrão de vinculação ansiedade explica todos os itens referentes à perturbação do comportamento alimentar, auxiliado pelo padrão de vinculação conforto com a proximidade e estilo educativo materno de rejeição, no caso da subescala restrição; e, na variável preocupação com o peso, pelos estilos educativos maternos de sobreprotecção e suporte emocional (Tabela 35).

Perturbação do Comportamento Alimentar	Variáveis Independentes	Modelo Ajustado
<i>Restrição</i>	<p><i>Ansiedade</i>  <math>\beta = 0,404; t(70) = 3,768; p = 0,0001</math></p> <p><i>Conforto com a Proximidade</i>  <math>\beta = 0,258; t(70) = 2,48; p = 0,016</math></p> <p><i>Mãe: Rejeição</i>  <math>\beta = -0,212; t(70) = -1,995; p = 0,050</math></p>	<p><i>Restrição</i> = <math>-0,318 + 0,1 \text{ Ansiedade} + 0,157 \text{ Conforto com a Proximidade} - 0,403 \text{ Mãe: Rejeição}</math></p> <p><b>F(3,70) = 8,111; p = 0,0001; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,226</b></p>
<i>Preocupação com a Forma</i>	<p><i>Ansiedade</i>  <math>\beta = 0,587; t(71) = 6,111; p = 0,0001</math></p>	<p><i>Preocupação com a Forma</i> = <math>-0,839 + 0,225 \text{ Ansiedade}</math></p> <p><b>F(1,71) = 37,348; p = 0,0001; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,335</b></p>
<i>Preocupação com a Comida</i>	<p><i>Ansiedade</i>  <math>\beta = 0,568; t(73) = 5,899; p = 0,0001</math></p>	<p><i>Preocupação com a Comida</i> = <math>-0,707 + 0,112 \text{ Ansiedade}</math></p> <p><b>F(1,73) = 34,803; p = 0,0001; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,314</b></p>
<i>Preocupação com o Peso</i>	<p><i>Ansiedade</i>  <math>\beta = 0,505; t(71) = 5,85; p = 0,0001</math></p> <p><i>Mãe: Sobreprotecção</i>  <math>\beta = -0,264; t(71) = -2,76; p = 0,007</math></p> <p><i>Mãe: Suporte Emocional</i>  <math>\beta = 0,223; t(71) = 2,338; p = 0,022</math></p>	<p><i>Preocupação com o Peso</i> = <math>-1,078 + 0,199 \text{ Ansiedade} - 0,531 \text{ Mãe: Sobreprotecção} + 0,342 \text{ Mãe: Suporte Emocional}</math></p> <p><b>F(3,71) = 13,844; p = 0,0001; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,342</b></p>
<i>Score total</i>	<p><i>Ansiedade</i>  <math>\beta = 0,648; t(70) = 0,648; p = 0,0001</math></p>	<p><i>Score total</i> = <math>-0,758 + 0,174 \text{ Ansiedade}</math></p> <p><b>F(1,70) = 50,578; p = 0,0001; R<sub>a</sub><sup>2</sup> = 0,411</b></p>

Tabela 35 – Regressão linear múltipla para a perturbação do comportamento alimentar com as relações afectivas ao longo do ciclo de vida como preditores (Grupo não Clínico).

Ao longo do presente estudo constatou-se que os indivíduos com AN consideram que a sua infância e adolescência foi caracterizada por menor suporte emocional por parte de ambos os pais, evidenciando um elevado nível de rejeição. Contudo, quando analisando as práticas educativas parentais individualmente para o pai e para a mãe, constatou-se que a percepção das práticas educativas parentais não é diferente da população em geral, indo de encontro a outros estudos (Castro, 2000; Tereno, Soares, Martins, Celani, & Sampaio, 2008).

Adicionalmente, através dos resultados obtidos no Desenho de Círculos Representativos da Família, verificou-se que o grupo clínico apresenta, de uma forma geral, uma menor proximidade emocional aos pais. Este distanciamento emocional apenas é estatisticamente diferente para a mãe no grupo etário dos 6 aos 10 anos. Estes resultados vão de encontro à bibliografia que refere as mães dos indivíduos com AN menos carinhosas e os pais como menos carinhosos e controladores (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008). Por outro lado, ao analisar a distância entre as margens dos círculos, apesar dos grupos serem equivalentes nesta medida, constatou-se que existe uma maior sobreposição ou intersecção dos círculos, i.e., famílias emaranhadas. Esta ideia reforça os conceitos defendidos por Minuchin, Rosman, & Baker (1978), no que concerne à estrutura familiar.

Relativamente às relações afectivas no adulto, traduzidas pelos padrões de vinculação, verificou-se um predomínio dos padrões de vinculação inseguros, nomeadamente, o ansioso no grupo clínico. Quando comparados os grupos, constata-se que ambos apresentam o mesmo padrão de vinculação como predominante – *Ansiedade*. Este aspecto pode-se dever ao facto dos indivíduos do grupo não clínico se encontrarem em plena adolescência, época de crescimento e desenvolvimento marcado por níveis elevados de ansiedade, reforçando assim a definição do padrão de vinculação como o *grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido* (Canavarro, Dias, & Lima, 2006, pp. 174-176). Os resultados obtidos robustecem, assim, os dados referenciados noutros estudos (Chassler, 1997; Elgin & Pritchard, 2006; Tereno, Soares, Martins, Celani, & Sampaio, 2008; Carvalho, 2007).

No que concerne às relações afectivas ao longo do ciclo de vida, constatou-se, uma relação significativa entre as relações afectivas da infância e adolescência e as relações afectivas na idade adulta. Este aspecto pode ser traduzido pelas correlações significativas entre os estilos educativos parentais e os padrões de vinculação. Adicionalmente, verificou-se que uma maior discrepância parental, i.e., práticas educativas parentais díspares entre o pai e a mãe, está associada aos padrões de vinculação inseguros.

Por outro lado, nas regressões múltiplas para os padrões de vinculação com os estilos educativos parentais como preditores, obteve-se uma interacção significativa entre o estilo educativo materno de rejeição e os padrões de vinculação, salientando, assim, a importância da figura materna e respectivas práticas educativas para o desenvolvimento das relações afectivas na idade adulta.

Ao integrar as relações afectivas ao longo do ciclo de vida com a anorexia nervosa, i.e., a doença mental, obteve-se uma interacção negativa do estilo educativo materno de suporte emocional, no grupo clínico. Este aspecto pode traduzir, por um lado, o aspecto protector das práticas maternas de suporte emocional, para as perturbações do comportamento alimentar. Por outro, relaciona de uma forma directa a influência dos estilos educativos maternos disruptivos na anorexia nervosa. Considerando que, o predomínio dos estilos educativos maternos de rejeição e sobreprotecção, implica uma pontuação menor na prática parental de suporte emocional. Desta forma, a pontuação obtida pelas escalas do EDE-Q, traduzindo o grau de severidade de psicopatologia do comportamento alimentar, seria maior.

Contrariamente, no grupo não clínico, obteve-se uma interacção positiva entre o padrão de vinculação ansioso e a psicopatologia em estudo, traduzindo, assim, um contributo desta variável para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Os resultados obtidos demonstram, assim, a associação entre a doença mental e as relações afectivas na infância e adolescência marcadas por pouco suporte emocional, e as relações na idade adulta, pelos padrões de vinculação ansiosos. Esta concepção é corroborada por Canavarro (1997; 1999) e Canavarro, Dias, & Lima (2006).

Adicionalmente, pode-se verificar que as subescalas Restrição e Preocupação com a Comida foram consideradas como discriminantes entre os grupos. Salienta-se estes aspectos dado serem elementos centrais para o diagnóstico da AN, segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) e o ICD-10, traduzindo a recusa em manter o peso acima ou no valor normal para a idade e altura (subescala restrição); e a perda de peso auto-

induzida pela recusa de “alimentos que engordam” (subescala preocupação com a comida).

Na tentativa de desenvolver um modelo integrador das variáveis em estudo, expondo os resultados obtidos, elaborou-se a Ilustração 7. Como se pode verificar ao longo do estudo, foram diversas as formas de influência das relações afectivas no decurso da saúde/doença mental. Por um lado, existem variáveis que, apesar de não obterem associações ou interacções com a psicopatologia, foram consideradas como discriminantes entre os grupos em estudo. Por outro, realçam-se as variáveis que de uma forma directa contribuem para a construção da psicopatologia.

Este modelo demonstra a continuidade entre as relações afectivas na infância e adolescência, as relações afectivas na idade adulta e a saúde mental, nomeadamente a anorexia nervosa.

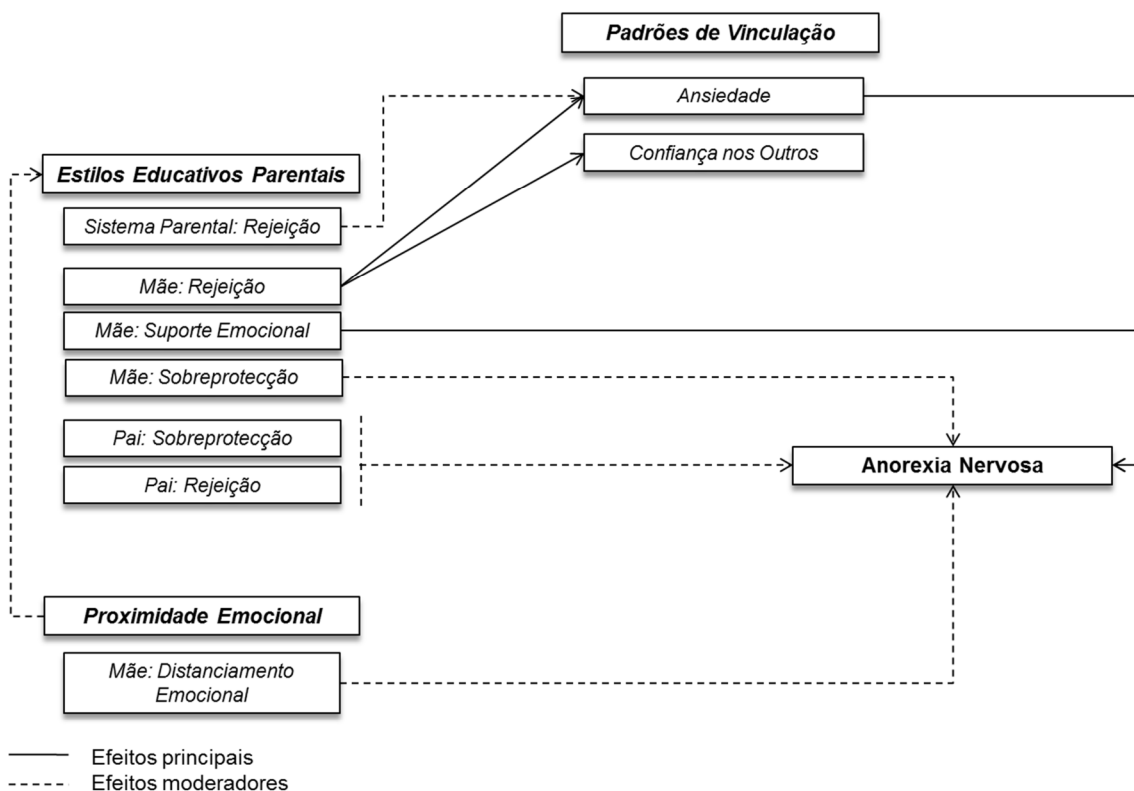


Ilustração 7 – Modelo explicativo da influência das relações afectivas ao longo do ciclo de vida da pessoa com anorexia nervosa.

Adicionalmente, neste modelo utilizou-se a denominação efeitos principais e efeitos moderadores. O primeiro, efeitos principais, foi utilizado para as interacções obtidas através das regressões lineares do estudo, as quais demonstram interacções direccionais entre variáveis. Os efeitos moderadores entre variáveis demonstram aspectos discriminatórios entre os grupos ou correlações entre as variáveis em estudo.

Expostas as conclusões do estudo, importa saber como é que a intervenção terapêutica pode contribuir para a alteração positiva dos contextos relacionais, dado que a vivência da pessoa não o permitiu.

Segundo Canavarro, a modificação das representações pessoais disfuncionais no âmbito de uma intervenção terapêutica pode ser realizada através de dois processos, i.e., através da *avaliação e análise das próprias representações disfuncionais ou através da relação terapêutica, conceptualizada globalmente como uma experiência desconfirmatória* (1997, p. 342). A mesma autora salienta a importância da modificação dos esquemas relacionais maladaptativos, da reestruturação dos esquemas interpessoais e da reelaboração dos *working models*, ou seja, dos *esquemas interpessoais que permitem prever interacções futuras* (Canavarro, 1997, p. 71).

Tendo em consideração a relação terapêutica que se estabelece com indivíduo com AN, poder-se-á desenvolver atitudes terapêuticas para que o doente experiencie novas formas relacionais. Apesar da concepção de Canavarro (1997) da relação terapêutica como uma experiência desconfirmatória, pode-se afirmar que através desta se estabelece novas formas de relação que são promotoras de vivências significativas e nutritivas. Deve-se ainda salientar que o profissional de saúde neste processo apenas tem um papel de promotor, não havendo nenhum tipo de obrigação por parte do doente. Assim, só a pessoa com AN que procura ajuda e queira realmente ser ajudado poderá ser alvo deste processo.

Segundo Simpson & Rohles (1998), o papel do terapeuta<sup>16</sup> é em muito semelhante ao papel de mãe (i.e., figura de vinculação). Contudo, com maior

---

<sup>16</sup> Terapeuta surge como sinónimo de profissional de saúde.

grau de dificuldade, dado que o profissional terá de compensar as falhas das figuras de vinculação anteriores. Assim, cabe ao indivíduo com AN, em conjunto com o profissional de saúde, rearranjar os seus *working models*, de forma a estabelecer uma relação de base segura, i.e., estabelecer uma relação de confiança com uma figura particular, protectora e de apoio, que está disponível e acessível (Rodrigues, 2004; Simpson & Rohles, 1998).

Em seguida, o terapeuta deverá ajudar o indivíduo com AN a explorar as relações interpessoais, ou seja, explorar os motivos, os comportamentos e os sentimentos e pensamentos emergentes das relações com determinadas pessoas. Em simultâneo com esta exploração das relações interpessoais actuais, poder-se-á explorar, juntamente com a pessoa com AN, os *working models* com as figuras de vinculação passadas (Simpson & Rohles, 1998).

As atitudes terapêuticas descritas vão de encontro ao que é designado por teste da realidade e reestruturação cognitiva. Schwecke (2007) refere que esta estratégia é uma forma de mostrar ao indivíduo diferentes perspectivas sobre o mesmo assunto, a partir do qual se ajuda a pessoa a lidar com sentimentos, pensamentos e crenças negativas, e igualmente, chegar a conclusões mais realistas.

Recorrendo à designação tipológica dos padrões de vinculação usada ao longo do trabalho, é esperado que o indivíduo com AN desenvolva para com o profissional de saúde um padrão de vinculação seguro. Assim, e como é definido por Feeney & Noller (1996), desenvolver-se-á uma relação securizante, a qual é fonte de conforto e suporte para o controlo da angústia. Este padrão de vinculação também se refere ao grau de conforto obtido pelo indivíduo com AN com a proximidade e a intimidade (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Por último, deve-se salientar a etiologia multifactorial da AN. Como foi referido, a AN apresenta diversos factores etiológicos, e.g. biológicos, personalidade, socioculturais, familiares, os quais influenciam o aparecimento da AN. Assim, para uma abordagem holística, a intervenção junto da pessoa

com anorexia nervosa, deverá ter em consideração a intervenção de outros profissionais de saúde.

Recorrendo aos resultados obtidos, também se poderá extrapolar a importância da coesão e da comunicação na equipa de saúde. Como foi demonstrado, quanto menor for a Discrepância Parental entre os estilos parentais adoptados, maior será o padrão Conforto com a Proximidade. Deste modo, pode-se inferir que uma equipa de saúde coesa, com práticas terapêuticas semelhantes, onde a informação circule e onde haja objectivos terapêuticos bem definidos, poderá estar associada a padrões de vinculação seguros nos indivíduos com AN.

**NOTAS FINAIS**

---

Ao longo deste trabalho de investigação foi patente, em traços latos, a importância das relações interpessoais para a saúde mental. Tendo em consideração este aspecto, articulou-se a relação terapêutica com o conhecimento dos estilos e padrões relacionais. Assim, desenvolveu-se uma abordagem junto do indivíduo com AN.

Esta abordagem visa a promoção de padrões de vinculação seguros, através de experiências desconfirmatórias, i.e., através do estabelecimento de novas formas de relação, promotoras de vivências significativas e nutritivas. Porém, dever-se-á sublinhar o papel promotor do profissional de saúde, dado que o indivíduo com AN assume um papel activo. Esta perspectiva baseia-se no facto de se considerar a AN uma manifestação comportamental de perturbações relacionais.

Numa primeira parte do trabalho, abordou-se os elementos multifactoriais que caracterizam o aparecimento e desenvolvimento da AN. Destes aspectos, destaca-se a importância do estudo do domínio psicoemocional e relacional destes indivíduos, enquanto elemento determinante para a compreensão desta psicopatologia e consequente intervenção junto dos indivíduos com AN.

Seguidamente, e para uma melhor compreensão dos modelos de relações interpessoais, nomeadamente os que caracterizam os indivíduos com AN, descreveu-se os contributos de algumas teorias psicodinâmicas, sobre o estabelecimento das relações precoces e padrões de vinculação ao longo do ciclo de vida. Evidencia-se a existência de uma relação significativa entre as relações afectivas na infância e adolescência e as relações afectivas na idade adulta, assim como, *a continuidade entre as relações afectivas na infância e adolescência, relações afectivas na idade adulta e saúde mental* (Canavarro, 1997, p. 333).

No que concerne à investigação e face às hipóteses formuladas obteve-se, no grupo clínico, um predomínio dos estilos educativos parentais de rejeição e de sobreprotecção; uma percepção de fraca proximidade emocional durante a infância e adolescência; e um predomínio do padrão de vinculação

ansioso. Adicionalmente, esperou-se encontrar associações positivas entre: os estilos educativos parentais de rejeição e o padrão de vinculação ansioso; o estilo educativo materno de rejeição e a psicopatologia; e o padrão de vinculação ansioso e a psicopatologia; as quais foram confirmadas.

Relativamente à associação entre a percepção de fraca proximidade emocional e os estilos educativos parentais de rejeição, verificou-se uma associação entre a proximidade emocional e os estilos educativos parentais de suporte emocional. Obteve-se correlações significativas entre a fraca proximidade emocional ao pai e o estilo educativo paterno de rejeição no período etário dos 6 aos 15 anos.

Para a continuidade entre a proximidade emocional e os padrões de vinculação, apenas foram encontradas correlações negativas significativas para o padrão de vinculação confiança nos outros. Também, esta variável não obteve uma relação consistente com a psicopatologia, revelando apenas ser discriminante, entre grupos, para a relação materna nos grupos dos 6-10 anos e 11-15 anos.

Relativamente às limitações existentes neste estudo, pode-se relevar as características dos instrumentos utilizados. Assim, as respostas relativas aos cuidados na infância e proximidade emocional sentida, medidas por instrumentos retrospectivos, podem não corresponder exactamente ao carácter real das experiências de infância com os pais, i.e., não se estudou os cuidados de infância, mas sim as representações desses mesmos cuidados (Canavarro, 1999).

Adicionalmente, ao verificar as análises discriminantes e as regressões múltiplas efectuadas e os seus valores de variância explicada compreende-se que o estudo apresenta uma magnitude moderada de efeitos encontrados. A percentagem de indivíduos classificados correctamente com a classificação original varia entre 62% e 88%, tendo como base as análises discriminantes que foram realizadas nos contextos das relações afectivas. A percentagem de variância explicada pelas regressões múltiplas varia entre 5% e 17% no grupo clínico, chegando aos 41% no grupo não clínico.

Estes valores de variância explicada devem-se à etiologia multifactorial da AN. Como foi referido, a AN apresenta diversos factores etiológicos, e.g. biológicos, genéticos, sociais, entre outros, os quais influenciam o aparecimento da AN e não foram tidos em consideração para o estudo.

**BIBLIOGRAFIA**

---

- Abreu, C. N., & Cangelli Filho, R. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 177-183.
- Ainsworth, M. (1978). *Patterns of Attachment*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associated Publishers.
- Ainsworth, M. D. (1994). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris, *Attachment across the Life-cycle* (pp. 32-51). London: Tavistock/Routledge.
- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ed, TR)*. Lisboa: Climepsi.
- Apfeldorfer, G. (1993). *Como, logo existo: Excesso de peso e perturbações do comportamento alimentar*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Apfeldorfer, G. (1997). *Anorexia Bulimia Obesidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Assumpção, C. L., & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29-33.
- Ata, R., Ludden, A., & Lally, M. (2009). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 521-526.
- Ausloos, G. (1997). *A Competência das famílias: tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baker, J. H., Maes, H. H., Lissner, L., Aggen, S. H., Lichtenstein, P., & Kendler, K. (2009). Genetic Risk Factors for Disordered Eating in Adolescent Males and Females. *Journal of Abnormal Psychology*, 576-586.
- Benoit, J. (1997). *Tratamento das perturbações familiares*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *The American Journal of Psychiatry*, 1531-1538.
- Bruch, H. (2001). *The golden cage*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 366-368.
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Coimbra.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da adult attachment scale-r (aas-r) na população portuguesa. *Psicologia*, 155-186.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia Nervosa and Parental Bonding: The Contribution of Parent-Grandparent Relationships to Eating Disorder Psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 703-716.
- Carvalho, J. (2007). Vinculação: como é pensada actualmente. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1861-1868.
- Castro, J. (2000). Perceived Rearing Practices and Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 320-325.
- Chassler, L. (1997). Understanding Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa from an Attachment Perspective. *Clinical Social Work Journal*, 407-423.
- Cordas, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 154-157.

- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 229-240.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 487-496.
- Ehrlich, S., Salbach-Andrae, H., Eckart, S., Merle, J. V., Burghardt, R., Pfeiffer, E., et al. (2009). Serum brain-derived neurotrophic factor and peripheral indicators of serotonin system in underweight and weight-recovered adolescent girls and women with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 323-329.
- Elder, R., Evans, K., & Nizette, D. (2005). *Psychiatric and Mental Health Nursing*. Marrickville: Mosby.
- Elgin, J., & Pritchard, M. (2006). Adult Attachment and Disordered Eating in Undergraduate Men and Women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25-40.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 363-370.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. Thousand Oaks: Sage.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 54-60.
- Fishman, & Charles, H. (2004). *Enduring Change in Eating Disorders: interventions with long-term results*. New York: Brunner-Routledge.

- Forbush, K., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 37-41.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122-130.
- Gorgati, S. B., Holceberg, A. S., & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 44-48.
- Halmi, K. A. (2009). Perplexities and provocations of eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 163-169.
- Hartup, W. W., & Rubin, Z. (1986). *Relationships and development*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., & Henry, S. (2005). Neurobiology of Anorexia Nervosa: Clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *International Journal of Eating Disorders*, S15-S19.
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviors*, 13-25.
- Klump, K. L., Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2009). Genetic and environmental influences on Disordered Eating: An Adoption Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 797-805.
- Knelter, N. L., Schwecke, L. H., & Bostrom, C. E. (2007). *Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Lancaster, J., & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Machado, B. C., Machado, P. P., Klein, J., & Gonçalves, S. (2006). The eating disorder examination questionnaire: Reliability and norms for portuguese

- adolescent girls. *Comunicação apresentada no 6th Internacional Conference on Eating Disorders (ICED) "Eating disorders throughout the world: Exploring similarities and differences"*.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 18-23.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 249-258.
- Nodin, N., & Leal, I. (2005). Representações Paternas na anorexia nervosa. *Análise Psicológica*, 201-208.
- Oliveira, A. G. (2009). *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação: Teoria e Aplicações*. Lisboa: Lidel.
- Ousley, L., Cordero, E. D., & White, S. (2008). Eating disorders and body image of undergraduate men. *Journal of American College Health*, 617-622.
- Palazzoli, M. S. (1978). *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Peck, L. D., & Lightsey Jr, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 184-192.

- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., & Mitchell, J. E. (2007). Psychometric properties of the eating disorder examination-questionnaire: Factor structure and internal consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 386-389.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 198-204.
- Pipp, S., Shaver, P., Jennings, S., Lamborn, S., & Fisher, K. W. (1985). Adolescents' theories about the development of their relationships with parents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 991-1001.
- Ribeiro, J., & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: estudo exploratório de uma escala de avaliação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 67-75.
- Rodrigues, A. (2004). Memória de cuidados de infância, estilos de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 643-665.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity - protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 598-611.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, & S. Weintraub, *Risk and Protection factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: University Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.

- Sampaio, D. (1999). Etiologia e Diagnóstico das Doenças do Comportamento Alimentar. In D. Sampaio, *Doenças do Comportamento Alimentar: Manual para o Clínico Geral*. Edições ASA.
- Santucci, P. (2010). *A Brief Overview of Therapies Used in the Treatment of Eating Disorders: A Consumer's Guide*. Obtido em 17 de Agosto de 2010, de National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders: <http://www.anad.org/get-information/information-about-treatment/>
- Schwecke, L. H. (2007). Nurse-Patient Relationship. In K. L. Norman, L. H. Schwecke, & C. E. Bostrom, *Psychiatric Nursing* (pp. 96-108). St. Louis: Mosby.
- Simpson, J., & Rohles, S. (1998). *Attachment Theory and Close Relationships*. Londres: The Guilford Press.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 263-271.
- Teixeira, M., Oliveira, A., & Wottrich, S. (2006). Escalas de Práticas Parentais: avaliando dimensões de práticas parentais em relação a adolescentesq. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 433-441.
- Terenó, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment Styles, Memories of Parental Rearing and Therapeutic Bond: A Study with Eating Disordered Patients, Their Parents and Therapists. *European Eating Disorders Review*, 49-58.
- Touyz, S. W., Polivy, J., & Hay, P. (2008). *Eating Disorders*. Massachusetts: Hogrefe and Huber Publishers.
- Videbeck, S. L. (2007). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Weber, L. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 323-331.
- Welch, S. L., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychological Medicine*, 515-522.
- Wertheim, E. H., Martin, G., Prior, M., Sanson, A., & Smart, D. (2002). Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eating Disorders*, 321-334.
- Wiseman, C. V., Peltzman, B., Halmi, K. A., & Sunday, S. R. (2004). Risk factors for eating disorders: Surprising similarities between middle school boys and girls. *Eating Disorders*, 315-320.



**ANEXOS**

---

**ANEXO I. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**





















**ANEXOS**

---

**ANEXO II. AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA**



**ANEXOS**

---

**ANEXO III. AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

