U.PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Dissertação de Mestrado na área de Psiquiatria e Saúde Mental

Anorexia Nervosa: Percepções Familiares

Sara Filipa Ferro de Nascimento

Sob Orientação de

Professor Doutor Rui Coelho

Julho, 2010

“Quem é escravo de seu corpo não é verdadeiramente livre.”
Séneca

Ao Henrique,

A minha força, meu amor, minha esperança e meu futuro!...

AGRADECIMENTOS

Quero aqui agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram e colaboraram para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador Professor Doutor Rui Coelho, que aceitou dirigir este trabalho, pela sua paciência, ensinamentos e pela sua exactidão e escrita exigente.

Ao Dr. Roma Torres, da Consulta de Comportamentos Alimentares do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, a minha gratidão pela recolha de informação que permitiu efectuar este trabalho, pelos ensinamentos sobre o funcionamento da família e sua intervenção e pela excelente oportunidade de observação clínica das perturbações do comportamento alimentar.

À Dra. Camila Gesta pela amizade e ensinamentos desde o primeiro dia de estágio escolar, efectuado no Hospital Maria Pia.

Ao Dr. Pedro Dias a minha gratidão pela ajuda e paciência na recolha de informação e pela "apresentação" do instrumento PAMaDeP.

Ao Professor João Carvalho pela ajuda e paciência.

À Direcção do Colégio Nossa Senhora do Rosário e à Direcção do ISSSP, pela permissão da recolha de dados junto dos seus alunos.

O meu agradecimento às jovens e suas famílias por partilharem a sua vida e pela disponibilidade que dispensaram, essencial para a realização deste trabalho.

Ao Colégio Novos Rumos, alunos e funcionários, em especial à Dra. Maria Luísa Couto e Dra.Virgínia Varizo, que me apoiaram e incentivaram nos momentos de maior desalento.

Aos meus companheiros de "estrada", Marisa, Ana e Alexandre pelo apoio compreensivo, amizade e ajuda na concretização de ideias.

Aos meus pais e irmão Vasco, que preenchem a minha vida e que com todo o amor do mundo me orientaram e acompanharam em todos os momentos.

À D. Augusta, Sr. Paulo e Raquel pela ajuda que sempre dispensaram nos diversos momentos deste trabalho.

À minha tia Joca e tio Uwe pelo carinho e amor que sempre demonstraram.

À minha Avó Natividade, que se encontra sempre na minha memória, em especial os seus ensinamentos de saber estar na vida e carinho.

Ao Rui, o meu companheiro de todos os dias, que me incentivou, que me deu coragem, carinho e apoio nos momentos certos. Ao meu filho Henrique, que eu adoro e que me deu alegria de nascer quando concretizava este trabalho e que me fez realçar o conceito de família.

Resumo

A anorexia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar, que habitualmente é definida como uma recusa em manter um peso corporal mínimo, explicada por uma procura de um ideal de beleza imposto pela cultura e sociedade ou por um medo intenso de engordar (ficar gordo). Surge sobretudo em jovens mulheres, com evolução crónica e por vezes, as situações de maior gravidade podem conduzir à morte. Diversos autores teceram várias considerações teóricas sobre a anorexia nervosa e as percepções familiares. O presente trabalho tem como objectivo principal procurar distinguir as famílias com jovens com anorexia nervosa das famílias com as com jovens sem anorexia nervosa, na percepção da dinâmica familiar: coesão, adaptabilidade, abandono/rejeição, hiperpreocupação com a família, afecto e fusão/inversão de papel. Neste estudo foi realizado junto de 42 famílias com jovens com diagnóstico de anorexia nervosa (grupo de estudo) e 37 famílias com jovens sem diagnóstico de anorexia nervosa (grupo controlo). Os dois grupos responderam aos questionários FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III de D.H Olson, J. Portner e Y. Lavee, 1985) e PAMaDeP (Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia de I. Soares, Dias, P,. Neves, L., Pinho, A. e de Rangel-Henriques, M.). Relativamente aos resultados, observou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas nas características demográficas e nas características das variáveis altura e idade dos dois grupos, contudo nas variáveis peso e índice de massa corporal, observaram-se diferenças estatisticamente significativas. A maioria das jovens do grupo de estudo, aquando o surgimento da anorexia nervosa, encontravam-se em situações de conflitos familiares e existiam sobrecarga de exigências. Grande parte destas jovens viam a anorexia nervosa como uma perturbação que as prejudicam gravemente o seu quotidiano. No que diz respeito às características do funcionamento familiar, os nossos resultados são pouco discriminadores relativamente à coesão e adaptabilidade, contudo observaram-se diferenças estatisticamente significativas na percepção que as jovens do grupo de estudo têm relativamente às dimensões abandono/rejeição pai e mãe, dependência dos pais, e hiperpreocupação com a família. Em relação às dimensões superprotecção da mãe, afecto da mãe e do pai e fusão/inversão de papel mãe e pai, não se observaram diferenças estatisticamente significativas. É importante referir que na dimensão superprotecção do pai, as jovens do grupo de estudo manifestaram valores mais elevados do que as jovens do grupo controlo.

Os resultados obtidos foram discutidos de acordo com os modelos teóricos: Modelo Estrutural de Minuchin, Modelo Estratégico de Palazzoli e Modelo Transgeracional de White.

ABSTRACT

Anorexia nervosa is an eating disorder, which is usually defined as a refusal to maintain a minimum body weight, explained by a quest for an ideal of beauty imposed by society and culture and by an intense fear of gaining weight (get fat). It occurs mainly in young women with a chronic development and sometimes the more severe situations can lead to death. Different authors have raised several theoretical considerations about anorexia and family perceptions. The present study aims to identify families with young people with anorexia nervosa and families with young people without anorexia nervosa, in the perception of family dynamics: cohesion, adaptability, abandonment / rejection, hyper-worrying with family, affection and fusion / inversion of roles. This study was conducted among 42 families with young people diagnosed with anorexia nervosa (study group) and 37 families with young people without a diagnosis of anorexia nervosa (control group). The two groups responded to the questionnaires FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III DH Olson, J. Portner and Y. Lave, 1985) and PAMaDeP (Assessment of Markers of Development in Psychopathology Protocol in I. Soares, Dias, P ,. Neves, L., Pinho, and Rangel-Henriques, M.). Regarding the results, it was observed that there were no statistically significant differences in demographic characteristics and the characteristics of height and age of both groups. However, in the variables weight and body mass index there were statistically significant differences. Most young females in the study group, at the onset of anorexia nervosa, were in situations of family conflict and there was an overload of demands. Most of these young people saw anorexia nervosa as a disorder that severely impedes their daily lives. Regarding the characteristics of family functioning, our results are not very discriminating on the cohesion and adaptability; however there were significant differences in the perception that those in the study group have of the dimensions of father and mother abandonment / rejection, parents' dependence, and hyper-worrying with the family. Regarding the dimensions of overprotection of the mother, affection of the mother and father and merging / inversion of mother and father roles, there were no statistically significant differences. It is also important to state that in the overprotection dimension of the father, the young people of the study group showed higher results than those in the control group. The results obtained were discussed according to theoretical models: Structural Model of Minuchin, Palazzoli and Strategic Model of Trans-generational Model of White.

ÍNDICE **PÁGINA**

INTRODUÇÃO 15
CAPITULO I- ANOREXIA NERVOSA
1.1- PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR 19
1.2- ANOREXIA NERVOSA-PERSPECTIVA HISTÓRICA 25
1.3- ANOREXIA NERVOSA-DEFINIÇÕES 32
1.3.1- CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO 34
1.3.2- ETIOPATOGENIA 42
1.3.3-EPIDEMIOLOGIA 46
SINTESE 52

CAPÍTULO II- A FAMILIA
2.1- FAMILIA- DEFINIÇÃO 55
2.2- PERSPECTIVA SISTÉMICA 62
2.3- FAMILIA COMO UM SISTEMA 63
2.4- MODELOS FAMLIARES 66
2.4.1- MODELO ESTRUTURAL 68
2.4.2-MODELO ESTRATÉGICO 72
2.4.4- MODELO TRANSGERACIONAL 76
2.4.5-MODELO EXPERENCIAL 81
2.4.6-MODELO PSICODINÂMICO 83
2.4.7-MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL 86
2.5-MODELO ESTRUTURAL E A ANOREXIA NERVOSA 88
2.6-MODELO EXPERIENCIALE A ANOREXIA NERVOSA 92
2.7- MODELO TRANSGERACIONAL E A ANOREXIA NERVOSA 97
SINTESE 100

CAPÍTULO III- INVESTIGAÇÕES EMPIRICAS
3.1- REVISÃO BIBLIOGÁFICA 103
SINTESE 111

CAPÍTULO IV- APRESENTAÇÃO DO ESTUDO
4.1- O ESTUDO 113
4.2- MÉTODO 115
4.3- AMOSTRA E A SUA CONSTITUIÇÃO 116
4.4- INSTRUMENTOS UTILIZADOS 118
4.5-CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 130
4.5.1- CARACTERIZAÇÃO DEMOGRAFICA 130
4.5.2- CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR DO ESTUDO 133

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
5.1- RESULTADOS DO ESTUDO 144
5.1.1- AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR (COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR) 144
5.1.2- AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMEMTAIS DA PSICOPATOLOGIA 152
5.2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 159
5.2.1- CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA 159
5.2.2- CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA 161
5.2.3- CARACTERÍSTICAS DOS MARCADORES DESENVOLVIMENTAIS 166

CONCLUSÃO 169

BIBLIOGRAFIA 175

ANEXOS 184
ANEXO 1-INSTRUMENTOS UTILIZADOS
ANEXO 2-CARTA PARA OS PAIS
ANEXO 3- CARTA PARA AS ESCOLAS

Índice de Quadros **Página**

Quadro 1- Características das Perturbações do comportamento alimentar (DSM-IV-TR, 2002)	22
Quadro 2- Critérios de Diagnóstico da Anorexia Nervosa (Dally & Sargant, 1966)	35
Quadro 3- Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (Russell, 1970)	35
Quadro 4- Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (Feighner, 1972)	36
Quadro 5 – Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (DSM-III, 1980)	37
Quadro 6 - Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (DSM-III-R, 1993))	37
Quadro 7- Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (DSM-IV, 1994)	38
Quadro 8 - Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (DSM-IV-TR, 2002)	39
Quadro 9 – Critérios de Diagnóstico CID-10	40

Índice Tabelas **Página**

Tabela 1- Comparação dos diferentes Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa 40

Tabela 2- Estágios do Ciclo da Vida Familiar 59

Tabela 3- Análise factorial da FACES III 120

Tabela 4- Modelos teóricos que usaram as dimensões de Coesão e Adaptabilidade 122

Tabela 5- Variáveis Idade, Peso Actual, Altura e IMC 131

Tabela 6- Nível de Escolaridade 131

Tabela 7- Estabelecimento de Ensino 132

Tabela 8 – Estado Civil 132

Tabela 9- Profissão 133

Tabela 10- Profissão Pai (Grupo de Estudo) 134

Tabela 11- Escolaridade Pai (Grupo Estudo) 134

Tabela 12 – Profissão Mãe (Grupo Estudo) 135

Tabela 13 – Escolaridade Mãe (Grupo Estudo) 135

Tabela 14- Idade de Início da Anorexia Nervosa 136

Tabela 15- Existência de outro tipo de Perturbação Alimentar 136

Tabela 16- Em que altura ocorreu esta Perturbação Alimentar 137

Tabela 17- Por quanto tempo se manteve com a doença 137

Tabela 18-Etapa especial aquando do início da Anorexia Nervosa 137

Tabela 19- Que idade tinha quando recorreu pela primeira vez ao acompanhamento psiquiátrico/psicológico 138

Tabela 20- Média de idades das jovens com Anorexia Nervosa 138

Tabela 21- Razões que levaram as jovens a recorreram a apoio psiquiátrico/psicológico 139

Tabela 22- Grau de interferência da Anorexia Nervosa na sua vida 139

Tabela 23- Percepção da evolução da Anorexia Nervosa 140

Tabela 24- Membros da família que possam ter algum problema psiquiátrico/psicológico 140

Tabela 25- Esse problema era uma Perturbação Alimentar 141

Tabela 26- Profissão Pai (Grupo Controlo) 142

Tabela 27 – Escolaridade Pai (Grupo Controlo) 142

Tabela 28- Profissão Mãe (Grupo Controlo) 142

Tabela 29- Escolaridade Mãe (Grupo Controlo) 145

Tabela 30- Comparação dos dados sobre Coesão e Adaptabilidade entre o Grupo Estudo e o Grupo Controlo 147

Tabela 31- Percepção da Coesão Familiar (Real e Ideal) 149

Tabela 32- Percepção da Adaptabilidade Familiar (Real e Ideal) 153

Tabela 33- Comparação entre as Dimensões Abandono/Rejeição, Hiperpreocupação com a família e Rejeição 155

Tabela 34- Comparação entre as Dimensões Rejeição (afecto), Superprotecção e Fusão/inversão de papel 156

Índice de Figuras	**Página**
Figura 1- Esquema Resumo da visão global da Anorexia e Bulimia Nervosas	45
Figura 2- Modelo Circumplexo	123

Índice de Gráficos **Página**

Gráfico 1- Coesão Familiar	148
Gráfico 2- Adaptabilidade Familiar	150
Gráfico 3- Tipos de Famílias em função da Coesão	151
Gráfico 4- Tipos de Famílias em função da Adaptabilidade	152
Gráfico 5- Comparação entre as Dimensões Abandono/rejeição, dependência e Hiperpreocupação com a família	154
Gráfico 6- Comparação entre as Dimensões relativas à Mãe: rejeição (afecto), superprotecção e fusão/inversão de papel	157
Gráfico 7- Comparação entre as Dimensões relativas ao Pai: rejeição (afecto), superprotecção e fusão/inversão de papel	158

INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar tornaram-se, desde há alguns anos, alvo de intensas pesquisas dado o aumento da sua incidência na população jovem. O aumento da prevalência destas perturbações principalmente devido ao seu carácter clínico, à sua gravidade e à existência de factores de causalidade relacionados com a dinâmica familiar, tem suscitado o interesse por parte dos investigadores. Estudos realizados na última década, revelaram que a anorexia nervosa é uma das doenças crónicas mais comum entre jovens do sexo feminino e por esse motivo a justificação da atenção por parte dos investigadores.

A anorexia nervosa, é sem dúvida um quadro clínico a ter em consideração, pois são conhecidas as implicações médicas e as situações de enorme gravidade que podem conduzir à morte. A comunidade científica tem vindo a especificar os seus principais sintomas, a metodologia na sua intervenção, as características das suas diversas causas e como tratá-la.

Há cerca de 400 anos a vida transformou-se e alguns seres humanos começaram a viver em aglomerados urbanos e a construir abrigos. Há cerca de 200 anos os seres humanos vivem em grandes cidades. Há 50 anos o processo acelerou-se e com esta evolução o corpo humano tem sofrido algumas alterações assim como o surgimento de mais fantasias de beleza, tem se notado que os jovens, tanto do sexo masculino como o sexo feminino, estão mais sensíveis na questão do corpo ideal. O mito da beleza e da moda há muito se tem afastado do “natural”. A noção de beleza tem-se submetido de tal forma ao comércio, tem atravessado tantas oscilações que foram perdendo alguma ligação com a biologia da espécie. Ao mesmo tempo a alimentação também tem sofrido grandes alterações (Carmo, 1999).

Durante os séculos XVII, XVIII e XIX, as pinturas dos corpos das mulheres, mesmo as mais sagradas mostravam esplendores de carne volumosa e rosada. Ao observarmos essas mulheres, chegamos à conclusão que não são mulheres obesas, contudo terão algum excesso de peso. Nos tempos medievais, expunham-se os casos de perda de apetite, que era inspirada milagrosamente (Fé). A imagem do corpo feminino nas sociedades ocidentais, até ao século XX, manteve-se com

um ideal de formas redondas. Estas mulheres eram consideradas, hoje em dia como gordas e cheias de "papos" (ancas e coxas volumosas) (Carmo, 1999). Só por esta altura se tentou dar uma compreensão psicológica desta perturbação, com a inclusão das doenças do comportamento alimentar no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III, APA, 1980).

Assim, podemos afirmar que a anorexia nervosa é apresentada como uma doença grave, com distorção da imagem corporal, que normalmente é resistente à persuasão e às formas de tratamento. É uma perturbação que pode atingir um estado preocupante de debilidade física, levando por vezes à morte (Roma Torres, 1986).

Actualmente, a anorexia nervosa é considerada como multi-determinada, pelo facto de haver interacção de diversos factores: individuais (biológicos, genéticos), socioculturais e familiares. Só assim se poderá obter uma explicação sobre a etiologia desta perturbação. Nem sempre se consegue uma mesma explicação sobre a natureza da anorexia nervosa em todos os pacientes, contudo existem factores que ressaltam, como os factores de personalidade, a predisposição genética, características do contexto familiar e a própria vulnerabilidade individual. Quanto às características familiares, diversos autores se têm debruçado sobre esta temática, e referem que os mecanismos que ocorrem dentro do sistema familiar podem influenciar a evolução para um quadro clínico de anorexia nervosa e influenciar cada membro da família. Contudo, a família é também um elemento essencial para o tratamento da anorexia nervosa.

Neste sentido, o principal objectivo deste estudo é procurar distinguir as famílias com jovens com anorexia nervosa das famílias com jovens sem anorexia nervosa, na percepção da dinâmica familiar: coesão, adaptabilidade, abandono/rejeição, hiperpreocupação com a família, afecto e fusão/inversão de papel. É importante referir que ao longo deste estudo quase sempre nos referimos ao paciente anoréctico no feminino, atendendo à sua incidência e evolução.

O presente trabalho está estruturado por capítulos. No primeiro capítulo o objectivo é observar uma revisão histórica da anorexia nervosa, salientados os aspectos relacionados com a definição, características clínicas, etiopatogenia e epidemiologia. No segundo capítulo analisaremos os

diversos modelos teóricos que procuraram delinear as características da dinâmica familiar, assim como diversas definições sobre o conceito de família e ciclo vital. Ainda neste capítulo, referiremos três modelos teóricos que muito contribuíram para o estudo das perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a anorexia nervosa. No terceiro capítulo, exploraremos considerações teóricas através de uma revisão de estudos empíricos sobre a dinâmica familiar e a anorexia nervosa. No capítulo quatro, apresentaremos o nosso estudo e delimitação dos seus objectivos, hipóteses teóricas, metodologia, onde se descrevem os instrumentos utilizados e procedimentos estatísticos. No último capítulo, são apresentados os resultados encontrados, sua discussão e conclusão de todo o estudo.

Capítulo I – Anorexia Nervosa

1.1-Perturbações do Comportamento Alimentar

As perturbações do comportamento alimentar são doenças das sociedades desenvolvidas que afectam principalmente as mulheres. São mais facilmente encontradas nas sociedades industrializadas, sendo raras nos países pouco desenvolvidos e orientais. A sua incidência é menor nas minorias étnicas e alguns estudos encontram associações positivas entre a aculturação e a patologia alimentar (Stice, 1994 *cit. in* Soares, 2000).

A etiologia das perturbações alimentares é multideterminada, resultante de uma interacção complexa de factores psicológicos, biológicos e socioculturais. Um aspecto muito importante na compreensão deste tipo de patologia é a natureza interactiva entre os diversos factores de risco: precipitantes, de manutenção e de protecção para a perturbação.

Será a alimentação ou a sua falta uma causa necessária para a evolução de uma perturbação alimentar? A dieta é sim uma causa, mas não será uma causa suficiente, terão de existir factores precipitantes que vão determinar se a dieta irá dar origem à perturbação e também a existência de factores de vulnerabilidade. Para que a perturbação se agrave, estes factores vão-se juntar aos factores biológicos e psicológicos da própria doença.

Segundo diversos autores, existem três conjuntos de variáveis com grande potencial no desenvolvimento das perturbações alimentares, são eles: as variáveis socioculturais, variáveis familiares e variáveis individuais. Quantos às variáveis socioculturais, pode-se dizer que a cultura é um poderoso determinante no peso. Os estudos médicos sobre o peso em excesso, relatam que existem possíveis efeitos negativos na obesidade, levando várias pessoas a terem atitudes culturais negativas em relação a uma forma corporal gorda e que deu origem a uma idealização do corpo magro. Nas últimas décadas a existência de uma grande pressão cultural para a magreza e para a realização de dietas fez-se sentir especialmente nas mulheres, impondo-lhes assim um ideal de beleza progressivamente magro (Soares, 2000).

Diferentes factores culturais contribuem de certa forma para esta situação: os estereótipos culturais, o ideal de beleza, os *media*, a valorização da moda e transformações nos papéis sociais e expectativas das mulheres na cultura ocidental. Começando pelos estereótipos da aparência física, este assenta na crença que os indivíduos com aparência atraente possuem um conjunto de características de personalidade desejáveis, tendo mais sucesso e uma vida mais feliz que os outros indivíduos (Feingold, 1992 *cit. in* Soares, 2000).

O ideal de beleza física tem variado nas últimas décadas, transformando o corpo da mulher num corpo cada vez mais magro, sendo um aspecto importante para o surgimento das perturbações alimentares. Diferentes estudos e linhas de investigação obtiveram resultados que apoiam uma maior centralidade da beleza e aparência física no estereótipo da beleza feminina. Estes estudos, em primeiro lugar revelam a existência de uma relação positiva entre a auto-avaliação de feminilidade e o grau de valorização de importância atribuída à aparência física (Cash, Gillen e Burns, 1977 *cit. in* Soares, 2000). Em segundo lugar, as mulheres não fisicamente atraentes são vistas como mais masculinas (Heilman e Saruwatari, 1979 *cit. in* Soares, 2000). Em terceiro lugar a constatação de que a percepção da feminilidade se mostra relacionada com a forma corporal, isto é, silhuetas ectomórficas (magras) são classificadas como mais femininas que as silhuetas mais mesomórficas (musculares) ou endomórficas (corpulentas) (Guy, Rankin e Novell, 1980, *cit.in* Soares, 2000). Portanto, a procura dos ideais de beleza leva alguns indivíduos mais vulneráveis, devido a aspectos da personalidade ou familiares, a uma obsessão com o peso e dietas, que facilitam o aparecimento das perturbações alimentares.

Durante a infância as raparigas mostram-se mais preocupadas que os rapazes acerca da sua aparência física. Existem diferenças até na formação do auto-conceito entre os dois sexos, podendo estar na base da maior ou menor vulnerabilidade para o surgimento das perturbações alimentares. A construção do auto-conceito nas raparigas parece ter uma maior base interpessoal que nos rapazes. A auto-representação, no início da adolescência, segundo Harter, 1990 (*in* Soares, 2000), fica muito focada nas características pessoais como sendo consequências sociais para influenciar a aceitação pelos outros. De um modo geral, as raparigas tendem a sentir-se mais atraentes na adolescência, que os rapazes. As raparigas que se percepcionam como menos atraentes têm

menor auto-estima que as raparigas que se sentem mais satisfeitas com o próprio corpo e aparência física (Wilfley e Rodin, 1995, *cit. in* Soares, 2000).

Segundo Isabel do Carmo, 1999, uma característica importante é a família. As características familiares podem contribuir como factor de risco por três vias essenciais: pela existência de problemas psiquiátricos nos pais, pelas atitudes dos pais e irmãos face ao peso e à alimentação e ainda pela estrutura e comunicação familiar. Quanto aos problemas psiquiátricos dos pais uma prevalência aumentada de distúrbios afectivos nos pais das doentes com anorexia nervosa e bulimia nervosa tem sido encontradas em diversos estudos, estes dados associados à elevada prevalência de perturbações afectivas em doentes com anorexia e bulimia nervosas levaram alguns autores a sugerir que os perturbações alimentares e as perturbações afectivas teriam uma etiologia subjacente comum às perturbações afectivas. A valorização familiar de um ideal de magreza está associada ao desenvolvimento da patologia alimentar em que a mãe pode influenciar as preocupações com o peso e a dieta das filhas de diferentes formas (Carmo, 1999).

As primeiras descrições de famílias com perturbações do comportamento alimentar era de que estas famílias possuíam um estatuto social elevado e respondiam positivamente ao tratamento da doença familiar (Garfinkel & Garner, 1982 *cit in* Strober, M. & Humphrey, L., 1987).

Outras características que são frequentemente associadas às perturbações alimentares são as características psicológicas dos indivíduos, que poderão reflectir alguns traços de personalidade que existiam antes do aparecimento da perturbação alimentar. Estas características podem funcionar como factores predisponentes mas poderão, no entanto, ser uma consequência das alterações psicológicas induzidas pela perturbação alimentar.

Como principais características psicológicas temos a baixa auto-estima que pode funcionar como mediador entre as pressões sócioculturais, as influências familiares e a realização da dieta, pois os indivíduos com baixa auto-estima são muito mais vulneráveis à influência de grupos que os outros indivíduos e poderão ter mais tendência a aderir e interiorizar mais facilmente os ideais socioculturais da aparência física de modo a obter aceitação. Outras características são o

perfeccionismo, os traços obsessivos e a impulsividade que têm sido associados à bulimia e anorexia nervosa. A maioria das mortes por distúrbio alimentar, ocorre nos 8 anos desde a primeira consulta e particularmente nos primeiros 4 anos, as causas mais comuns são o suicídio e os efeitos secundários da desnutrição (Cecile Rausch Herscovici, 1997 *cit. in* Fichtner, 1997).

Segundo Hilde Bruch (1974, *cit. in* Roma Torres, 1986) o não comer e o temor de engordar são secundárias a uma perturbação de personalidade. Este transtorno origina-se com as dificuldades nas interacções precoces entre mãe-filho, de tal modo que a função de comer é depois utilizada inapropriadamente para tentar resolver ou ocultar problemas de outra ordem.

Os factores de risco que precedem o diagnóstico das perturbações do comportamento alimentar, incluem sexo, etnia, problemas gastrointestinais e problemas infantis de alimentação, problemas relacionados com a imagem corporal e peso, baixa auto-estima, abuso sexual e comorbilidade psiquiátrica (Jacobi, C., Hayward, C., Dezwaan. M., Kraemer, HC. Agras, WS, 2004, *cit in* Henry, Bervely & Ozier, Amy, 2006).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), existe um conjunto de características essenciais das perturbações do comportamento alimentar. (Quadro 1).

Quadro 1 – Características das Perturbações do Comportamento Alimentar (DSM – IV- TR, 2002)
1. Preocupação excessiva em aumentar de peso ou engordar;
2. Distorção da imagem corporal;
3. Incapacidade para controlar apropriadamente a ingestão de forma a manter um peso saudável;
4. Flutuações de auto-avaliação dependendo da forma corporal ou peso percepcionados.

As perturbações do comportamento alimentar incluem dois diagnósticos excluentes, a anorexia nervosa e bulimia nervosa. A primeira é caracterizada pela recusa em manter um peso corporal normal mínimo. A bulimia nervosa é caracterizada por episódios repetidos de voracidade alimentar seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados tais como o vómito induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações, jejum ou exercício físico excessivo. A distorção da

imagem corporal é uma característica tanto da anorexia como da bulimia nervosa (DSM-IV-TR, 2002).

Perturbações do comportamento alimentar são consideradas doenças médicas com critérios de diagnóstico baseados em características comportamentais, psicológicas e fisiológicas. Nos últimos tempos têm-se designado como perturbações do comportamento alimentar três grupos de psicopatologia associados aos padrões "anormais" de alimentação: Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa, EDNOS – "Eating disordres not otherwise specified" – e que inclui a "Binge Eating Disorder" (Henry, Bervely & Ozier, Amy, 2006).

De acordo com o DSM IV, TR (2002), o diagnóstico de anorexia nervosa tem como critérios: A) Medo intenso de ganhar peso e recusa em manter um peso corporal mínimo em função da idade e altura; B) Medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo (a) mesmo quando muito magro(a); C) Perturbação na apreciação do peso e forma corporal na auto-avaliação ou de negação da gravidade do grande emagrecimento actual e D) Nas raparigas após a menarca, a amenorreia. O sub-tipo restritivo é caracterizado pelo facto da pessoa não recorrer a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes e o sub-tipo ingestão compulsiva/purgativo caracteriza-se pelo fato da pessoa demonstrar comportamentos bulímicos ou purgativos.

No que diz respeito à bulimia, segundo DSM-IV TR, 2002, tem como critérios: A) manifestação de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, sendo que um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes: comer, num período curto de tempo uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas normais comeriam num período de tempo semelhante e sob as mesmas circunstâncias; sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio; B) manifestação de comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar, uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício físico excessivo; C) ingestão compulsiva de alimentos e os alimentos compensatórios inapropriados ocorrem em ambos, em média duas vezes por semana em três meses consecutivos; D) a auto-avaliação está indelevelmente associada ao peso e formas corporais e E) a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa.

O subtipo purgativo distingue-se pelo facto de durante o episódio actual de Bulimia Nervosa a pessoa induzir o vómito ou utiliza laxantes, diuréticos ou enemas. O subtipo não purgativo é caracterizado por, durante o episódio actual de Bulimia Nervosa, a pessoa recorrer a outros comportamentos compensatórios inapropriados, tal como o jejum ou exercício físico excessivo, contudo não induz vómito ou utiliza laxantes, diuréticos ou enemas.

Nas perturbações alimentares sem outra especificação (PCASOE), o DSM-IV-TR, 2002, sugere que podem surgir subtipos dentro desta categoria, em que os critérios se aproximam mais da anorexia nervosa ou da bulimia nervosa, contudo não revelam todos os critérios de diagnóstico necessários para se diagnosticar um quadro clínico completo.

Factores biológicos têm implicação na identificação precoce e tratamento que inclui predisposição genética e interacção dos genes. Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), principalmente na actividade serotoninérgica, parecem afectar directamente as perturbações do comportamento alimentar (Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Kaye, W., 2000 *cit in* Henry, Bervely & Ozier, Amy, 2006).

O número de indivíduos afectados pelas perturbações do comportamento alimentar é desconhecido, assim como o período de tempo antes de serem internados ou observados por um médico. Qualquer indivíduo com história familiar diversa pode desenvolver doenças do comportamento alimentar. Contudo, observa-se que esta doença se desenvolve mais em países industrializados. A maior frequência de perturbação do comportamento alimentar é em mulheres jovens adultas, afectando 3,2% das mulheres entre os 18 e os 30 anos de idade. Em estudos sobre práticas alimentares e satisfação corporal, concluíram que os homens homossexuais têm mais potencialidade de desenvolver esta perturbação (Ghaderi, A., Scott, B., 2001, *cit in* Henry, Bervely & Ozier, Amy, 2006).

Os valores da incidência e da prevalência das perturbações do comportamento alimentar, evidenciam que a maioria destas pacientes é do sexo feminino, de etnia branca, jovens e de países ocidentais (Garfinkel, 1995). A incidência de perturbações do comportamento alimentar

principalmente em atletas, tanto homens como mulheres, é estimada de 10% a 20%, sendo a bulimia nervosa a perturbação mais identificada (Sungot-Borgen, J. 1999, *cit in* Henry, Bervely & Ozier, Amy, 2006).

As perturbações do comportamento alimentar, para além de estarem associadas aos modelos desenvolvimentais na adolescência, encontram-se fortemente influenciadas com o contexto familiar, sóciocultural, mudanças biológicas e psicossociais que decorrem na adolescência (Pinto-Gouveia, 2000).

Pacientes com perturbações do comportamento alimentar, por vezes sofrem de outras perturbações psiquiátricas, aumentando a complexidade do tratamento. É importante entender as características da perturbação psiquiátrica adicional e qual será o seu impacto no decurso do tratamento da perturbação do comportamento alimentar (Stunkard, AJ, Allison, KC., 2003 *cit in* Henry, Bervely & Ozier, Amy, 2006).

1.2- Anorexia Nervosa – Perspectiva Histórica

A anorexia nervosa é uma doença há muito conhecida, no entanto só nestes últimos anos é que tem sido mais divulgada. Bemporad (1996) é um dos autores que defende não ser a anorexia nervosa um fenómeno recente, recuando, na sua existência, cerca de sete séculos. Segundo este autor, as formas distintas de emergência da anorexia nervosa, ao longo da história, apenas reflectem motivações diferentes na base deste comportamento. Os primeiros casos de manifestações de possível anorexia nervosa surgiram na Idade Média, explicáveis talvez pelo controlo, disciplina e tortura corporal que a Igreja da época considerava como meios para ascender ao Divino. Embora a Igreja, que promovia o jejum, jamais exigisse que os seus fiéis chegassem a limites extremos, a verdade é que os cristãos, exageravam nos seus sacrifícios, incluindo a prática excessiva de jejum. É importante focar que nos relatórios emitidos pela Igreja sobre os cristãos sacrificados, muitas vezes figurava a característica de capacidade de viverem sem praticamente se alimentarem, induzindo assim os fiéis a uma exagerada imitação, sobretudo por parte das mulheres que tinham mais tendência para somatizar (Rutsztein, 1997).

Em 1985, Bell, estudou o comportamento das 261 Santas, oficialmente reconhecidas pela Igreja, que viveram em Itália entre 1200 e a actualidade. De entre estas, 170 apresentavam condutas de restrição alimentar. Bell defende que todos os casos estudados apresentavam pontos em comum: sem origem orgânica aparente, incluíam abstinência de comida, que chegava até ao jejum, em nome de Deus (Rutsztein, 1997).

Estas mulheres tinham a ideia que, não ingerir nada para além da hóstia sagrada era uma forma de santidade, a maioria delas tinham comportamentos de ascetismo extremo com o cumprimento dos votos, de castidade, de pobreza e de obediência; para além de uma vida de renúncia, com comportamentos de auto-flagelação e outras formas de sacrifício, como a privação do sono e dos alimentos (Vandereyken & Van Deth, 1996).

As primeiras divulgações da anorexia nervosa, surgem no século 17. Hobbes, em 1668, foi chamado a observar uma jovem em estado de caquexia, que segundo a mãe da jovem, vivia sem comer há seis meses, concluiu que esta rapariga, se encontrava "manifestamente doente". Este é já um olhar diferente das observações religiosas e médicas dispostas a testemunhar o "milagre" independentemente da saúde da jovem (*cit. in* Daniel Sampaio, Dulce Bouça, Isabel do Carmo e Zulmira Jorge, 1999).

Cotton Mather (1633-1728) observou várias jovens e concluiu que:
"o jejum prolongado é não só tolerável, mas estranhamente agudível de tal modo que deve ter a ver com o mundo invisível algo mais do que o habitual"..."um dos sexos pode sofrer mais perturbações...do mundo invisível do que o outro" (Daniel Sampaio *et al*., 1999, pág. 35).

Em Portugal, também existiram mulheres que em contexto religioso, praticavam formas de jejum extremo. Um exemplo disso é o caso da Alexandrina Maria da Costa (1904 – 1955). Em 1918, para defender a sua virgindade de uns homens que se infiltraram em sua casa, Alexandrina atirou-se de uma janela e, a partir daí, caminhou com dificuldade e sofrimento, acabando por acamar definitivamente em 1925. Fazendo a oblação da sua vida, a 27 de Março de 1942, Alexandrina

iniciou o seu jejum absoluto. A Sagrada Comunhão foi, durante mais de 13 anos até à morte, o seu único alimento. Desde esse dia, se Alexandrina tentasse ingerir alguma coisa, ainda que somente água mineral, vomitava-a com "dores horríveis". Um exame médico pretendeu provar que, durante 40 dias e 40 noites, não comeu nem bebeu, não urinou nem defecou. Em 1996, Alexandrina Maria da Costa foi declarada Venerável pela Congregação para a Causa dos Santos (Pasquale, 1998).

A primeira descrição com carácter científico de uma situação que se identifica com anorexia nervosa encontra-se num tratado de fisiologia pelo médico inglês Richard Morton, 1698. Morton descreveu dois casos: o primeiro, de um jovem de 16 anos e o segundo uma rapariga de 18 anos com uma evolução fatal. O jovem teve o diagnóstico de atrofia ou destruição nervosa ("nervous atrophy or consumption"), caracterizando-se por " um acentuado emagrecimento sem febre, tosse ou dispneia". Morton recomendava naturalmente que se deixasse o paciente divertir-se, tornando a sua mente mais clara pelo exercício ou pelo convívio com os amigos e expor-se a um bom ar, claro e aberto. (Roma Torres, 1986, pág.13).

No século 18 surgem descrições de Whytt, Mesmer e Nadeam que parecem assemelhar-se à anorexia nervosa, considerando o primeiro que a causa de aversão à comida estava nos nervos gástricos. É por volta de 1869 que se começa a associar o jejum prolongado à histeria. De entre os trabalhos clássicos tem particular importância os estudos realizados por William Gull e Lasègue que em 1868, 1873 e em 1874, expuseram pontos de vista convergentes sobre a doença (Daniel Sampaio, *et al.*, 1999).

Em 1885, Charcot, descreveu uma rapariga de 13 ou 14 anos, que tendo crescido consideravelmente até essa altura, começou a recusar sistematicamente qualquer alimento, sem que apresentasse nenhuma perturbação da deglutição nem nenhum problema gástrico. Charcot reconheceu na anorexia, a que chamou mental, um sintoma da histeria e inaugurou o método terapêutico do isolamento da família. Pela mesma altura Freud, 1893, refere-se à questão da anorexia, analisando a história de uma mulher que se tornou anoréctica após o nascimento do primeiro filho e que teve de interromper a amamentação por falta de leite. Os sintomas reaparecem no nascimento do segundo filho, com vómitos, recusa alimentar e depressão. Freud interpretou a

aparição dos sintomas em cada gravidez, como decorrentes de uma relação problemática mãe-bebé, simbolizada na equação, comer = a amamentar. Explicou que o acto de se alimentar, nestas doentes, está associado desde a infância a memórias conflituais, cuja carga afectiva não diminui com o tempo (Bouça, 2000).

Lasègue (1873) refere-se a oito doentes, todas do sexo feminino, de idades entre os dezoito e os trinta e dois anos, embora coloque o carácter angustiante da doença com maior relevo, afirma nunca ter visto nenhum caso que terminasse directamente em morte.

A descrição de Lasègue quanto à suposta perda de apetite:

"Ao princípio a paciente sente desconforto após a refeição, uma vaga sensação de enfartamento, sofrimento e gastralgia póst-pandium, ou menos frequentemente desde o início da refeição. (...) a paciente pensa para ela que o melhor remédio para este desconforto indefinido e doloroso é restringir a alimentação. Até aqui nada chama a atenção par o seu caso pois muitos daqueles que sofrem de gastralgia têm a mesma tentação (...) as coisas no entanto tomam outro curso. Ela gradualmente vai reduzir a alimentação, dando pretextos como a dor de cabeça, uma repugnância temporária, ou medo da dor depois de comer. Ao fim de algumas semanas já não há a suposta repugnância temporária, mas a recusa da comida que se pode prolongar indefinidamente" (Roma Torres, 1986)

A visão psicanalítica atravessou durante anos a análise da doença com uma interpretação exclusiva, das questões sexuais reprimidas. Hilde Brusch, numa perspectiva psicanalítica, mas situando-se na observação do desenvolvimento psíquico e físico na puberdade descreveu a doença, ilustrando com muitos casos clínicos, onde colocava o problema dos limites da personalidade e do processo de autonomia da jovem face aos pais; esta contribuição foi decisiva para a compreensão da anorexia nervosa (Daniel Sampaio *et al.,* 1999).

Na história oficial da anorexia nervosa são habitualmente esquecidos nomes, entre eles o de um médico inglês, Fenwick, que descreveu a doença praticamente ao mesmo tempo que Gull e

Lasègue. É um livro sobre doenças digestivas que trata as "Afecções Nervosas dos Órgãos Digestivos", publicado em 1880, dedica 24 páginas à anorexia nervosa. É uma longa descrição, talvez a mais exaustiva da época, que fala do tipo de falta de apetite sem causa conhecida, da idade e do sexo predominante dos doentes e do facto de se ter que aceitar que os indivíduos não são impostores, mas sim vítimas de doença. Descreve depois a progressão dos sintomas, o aspecto físico que se degrada. Mesmo que a doente recupere e já não tenha nenhum outro sintoma, chega a esperar cinco anos para que volte a menstruação (Carmo, 1994).

Em 1859, Marcé, apresenta um artigo intitulado *Note sur une Forme de Délire Hypochondriaque Consécutive aux Dyspepsies et Charactérisée principalement par le Refus d'Aliments.* Neste artigo, este autor descreve claramente a síndrome que, menos de 15 anos mais tarde, se viria a chamar de anorexia nervosa. Alertando para o facto de a doença ser de natureza psiquiátrica e não física, e da psicopatologia ser grave, Marcé afirma que não é o estômago que necessita de atenção, mas sim as ideias delirantes que constituem o ponto de partida da doença. É recomendado que o tratamento seja entregue a estranhos, separando o paciente da família e do seu ambiente natural (Silverman, 1997).

Foi Sir William Gull quem, pela primeira vez, utilizou o termo "anorexia nervosa". Segundo este autor, "anorexia" (perda de apetite) seria mais apropriado que "apepsia" (indigestão), porque os alimentos eram bem digeridos. Acabando por usar o termo "histérica", uma vez que derivava do grego hysteros (útero), Gull preferiu utilizar o termo mais genérico "nervosa", porque considerava que aquilo que estava implicado na doença era o sistema nervoso central e não o útero. Além disso, esta formulação deixava em aberto a hipótese de que a doença pudesse existir também nos homens (*in* Rutsztein, 1997).

A evolução dos conceitos médicos sobre a anorexia nervosa foi um pouco acidentada. A confusão surgiu de um uso generalizado do conceito de anorexia nervosa associado às causas psicogéneas, incluindo portanto as depressões graves ou estados psicóticos. Dejerine e Gauckler (1913), retomam então a distinção de anorexia nervosa primária, considerando a sua ocorrência no sexo feminino, em idades entre os 15 e os 20 anos e com uma redução da alimentação inicialmente

voluntária. A natureza psicogénea da anorexia nervosa foi no entanto, posta em causa a partir da descrição de Simmonds (1914) de uma mulher seriamente emagrecida que no exame necrópsico se verificou sofrer de uma destruição hipofisária. Durante décadas a anorexia nervosa ficou confundida com casos de hipopituitarismo e a evolução era frequentemente fatal (Roma Torres, 1986).

Em Portugal, Elysio de Moura (1947), apresentou uma dissertação na qual descreve extensivamente o quadro clínico da anorexia nervosa, considerando como *"manifestações objectivas, físicas e perturbações funcionais (...) resultantes de uma pronunciada e prolongada hipo-alimentação"* (15), que *" quase sempre tem um começo insidioso e imperceptível (...) em que os alimentos vão sendo abolidos, sucessivamente, os que são reputados mais nutrientes ou especialmente favorecedores de formação de gorduras"* (39). Este psiquiatra de Coimbra sustinha que a anorexia nervosa não significava perda de apetite, alertando, ainda, para o facto de que *"indiferente perante as consequências visíveis da sua insuficiência alimentar, ou, mais do que isso, satisfeito com o seu aspecto físico, o anoréxico mental não se considera doente, não se queixa de livre vontade, e é pela oposição inflexível (...) a uma alimentação normal, que a família solicita a intervenção do médico"* (Moura, 1947).

É, no entanto a partir dos anos 70, do século vinte, que a investigação e a clínica da anorexia nervosa sofrem impulsos decisivos, em grande parte devidos à contribuição de três pioneiros: Hilde Bruch, Arthur Crisp e Gerald Russel. Bruch chama pela primeira vez a atenção para a perturbação da imagem corporal de que sofrem muitas destas doentes. Crisp conceptualizou a anorexia nervosa como "fobia do peso", devido ao receio mórbido que estes doentes têm de engordar, relacionando-a com as dificuldades psicológicas de encarar as transformações maturativas da puberdade e da adolescência. A mudança do corpo, as questões levantadas pelo grupo, a sexualidade emergente e o desejo de autonomia levariam a uma "fuga ao crescimento", explicativa da regressão e a um padrão infantil característico desta afecção (Daniel Sampaio, 1998, pág. 105).

Bruch, trabalhou durante três décadas com pacientes anorécticas e desenvolveu no livro "Eating Disorders" a ideia de que a anorexia nervosa deve ser compreendida em termos do desenvolvimento da personalidade no contexto individual e familiar, em que a função alimentar se

tornou o foco de conflitos psicológicos. Vários autores psicanalistas se debruçaram sobre a compreensão da anorexia nervosa e Palazzoli Selvini em 1972 explica a patologia anoréctica como uma defesa do sujeito face a um perigo, por incorporação de um mau objecto, identificado ao corpo na totalidade, deduzindo que "o corpo alimentado é ameaçador, torturante e indestrutível e por isso deve ser mantido livre de alimento" (Bouça, 2000).

Caroline Bynum (1987) estudou casos de santas de vários países, sobretudo dos finais do período medieval. Esta autora, centra-se sobretudo, no significado da comida e do jejum para as mulheres daquela época e, na razão pela qual as suas vidas se caracterizam pela abstenção auto-induzida de alimentos. Para Bynum, a comida constitui uma forma de as mulheres se controlarem a si próprias e ao meio social, podendo, desta forma, manipular não apenas as suas funções corporais, emoções, fertilidade e sexualidade, mas também os seus maridos, pais, autoridades eclesiásticas e até a relação com Deus (Vandereyken & Van Deth, 1996).

Segundo Vandereyken & Van Deth, 1996, é altamente questionável elaborar um diagnóstico psiquiátrico de uma pessoa de uma outra cultura e de um período histórico diferente, através de material histórico no seu conjunto limitado. Por outro lado, o ideal de magreza e o medo de engordar, característicos da anorexia nervosa, não estavam presentes nas santas jejuadoras que, não estando obcecadas pela aparência exterior, pelo contrário, lutavam por um motivo interior, uma fusão espiritual com o sofrimento de Cristo.

Os estudos de Bruch, Crisp e Russell, foram provavelmente os que mais influenciaram na compreensão da anorexia nervosa. Bruch propôs que a recusa alimentar das jovens anorécticas representava uma luta pela autonomia, competência, controlo e respeito por si próprias. Destaca o papel importante da dinâmica familiar na anorexia nervosa, principalmente os conflitos relacionados com a individuação e separação dos pais, salientando ainda algumas características fundamentais desta perturbação, tais como impulso para emagrecer, sentimentos de ineficácia, distorção da imagem corporal e incapacidade de interpretar os estímulos corporais (Yudofsky, 1996). Crisp, seguindo o modelo desenvolvimental, considerava que a anorexia nervosa constitui uma resposta aos medos e conflitos associados à maturidade psicobiológica. Russel, por sua vez, vem enfatizar o

papel do medo mórbido em engordar, como psicopatologia central da anorexia nervosa, acabando por estabelecer, de forma clara, os critérios fundamentais que permitem o seu diagnóstico (Silverman, 1997).

A partir de 1987, Russell coordenou importantes estudos de terapia familiar no Hospital de Maudsley, em Londres. Foi a partir destes trabalhos que ficou bem marcada a vantagem do tratamento familiar, sobretudo nas anorécticas de menos de 18 anos (Daniel Sampaio, 1998).

1.3- Anorexia Nervosa – Definição

A palavra anorexia significa, etiologicamente, inapetência, perda mórbida, total ou parcial, do apetite, ocorre naturalmente uma resposta, categórica ou, pelo menos, conjectural – que envolva a ideia duma equivalência sinónima entre estas duas expressões: anorexia mental, inapetência de origem psíquica. É indubitável que na anorexia mental, o emagrecimento é precedido da restrição alimentar, que é sua causa. Os indivíduos anorécticos abstêm-se da ingestão de alimentos como se assim lhes fosse possível a consecução de uma lipodistrofia exclusiva. Ou, quando muito, lipomuscular, ou como se tivessem abolida a necessidade consciente de alimentação, ou patologicamente suprimido o tão tenaz e primitivo instinto da conservação individual. Na anorexia mental existem essencialmente manifestações objectivas, físicas e as perturbações funcionais, resultantes de uma pronunciada e prolongada hipo-alimentação, que tende a assumir as mais temerosas proporções (Elysio de Moura, 1947).

Muitas são as definições que têm surgido ao longo dos anos, sobre a anorexia nervosa. Assim, consideramos importante evidenciar algumas definições encontradas para melhor compreender esta doença. A maioria das definições de anorexia nervosa fazem referência à origem greco-latina do termo “an + órexis”, que significa perda de apetite. Gull definiu a anorexia como a privação do apetite, do grupo orexis, privação do desejo em geral. A anorexia nervosa é uma doença no mais profundo sentido da palavra, porque nos remete para a unidade psicofisiológica do ser humano, impedindo o discurso dualístico corpo/mente, *self*/pensamento, dado que a essência do distúrbio

está precisamente na descontinuidade dessa unidade indissolúvel, que é condição para a saúde e para a vida, pelo menos a humana (Dulce Bouça, 2000).

Nas palavras de Freud, "o sintoma é um julgamento falso sobre a realidade". E, de facto, como temos vindo a observar, muitos enunciados falsos produz a mente anoréctica. A anorexia nervosa é um enunciado falso sobre a realidade (Maria João Sousa e Brito, 2001).

A expressão anorexia mental, induz, segundo Elysio de Moura (1947), a um conceito destoante da verdade. Para substituir esta expressão foram propostas diversas expressões, no entanto há alguns anos atrás, um vocábulo novo, surgiu, de origem grega. Segundo Huchard, a palavra *sitiergia*, que significava apenas, o repúdio dos alimentos. No entanto, continuou a ser universalmente adoptada a primitiva designação de anorexia mental, que subordina, numa relação de causalidade, a penúria alimentar constante, contínua e a inapetência eventual.

A anorexia nervosa atinge principalmente raparigas adolescentes e jovens adultas. Pensa-se que assim é por, nestas idades, sentirem uma enorme necessidade de independência dos pais (que se pode traduzir em conflito) uma desadaptação em relação ao meio (que se pode traduzir em isolamento), um grande vazio; um intenso aborrecimento, onde tudo pode parecer correr mal, não tendo a vida qualquer finalidade (Carmo, 1997).

Segundo Bouça (1997) e Sampaio (1998), a anorexia nervosa demonstra a sua dificuldade psicológica em conseguir aceitar e lidar com as mudanças que o corpo está a sofrer, assim como o seu novo estatuto e, consequentemente, com as responsabilidades envolvidas. O início da restrição alimentar pode coincidir, também com acontecimentos de mudanças importantes, rupturas afectivas e perdas de pessoas queridas.

A anorexia nervosa é uma perturbação grave de conduta alimentar em que a pessoa que sofre apresenta um peso inferior ao que seria de esperar para a sua idade, sexo e altura. O peso perde-se por uma redução extrema de comida e quase 50% das pessoas que sofrem usam o vómito auto-

induzido, o abuso de laxantes e/ou diuréticos e o exercício físico extenuante para perder peso (Fairburn & Gardner, 1986 *cit. in* Rajsh, 2001).

É incalculável o número de raparigas e de mulheres adultas, que nos tempos actuais se horrorizam com os efeitos inestéticos ocasionados por uma alteração das funções adiposo-reguladoras. Nas anorécticas mentais, porém, a execração da adipose descarna-as, deixa-as com a pele sobre os ossos, como que mumificadas e dá-lhes a morte por consumpção, quando não sucumbem a uma doença infecciosa intercorrente, cujo prognóstico fora grave pelo definhamento (Moura, 1947).

Segundo Sanches de Magalhães e cols. 1980 *(in* Fernandes da Fonseca, 1985), a anorexia nervosa é constituída essencialmente por uma excessiva perda de peso, cuja prevalência mostra um grande predomínio no sexo feminino sobretudo adolescentes e jovens. Neste sentido, pode ser considerada como um síndrome paradigmático da adolescência feminina e dos distúrbios psicossomáticos.

"O genuíno anoréxico mental, não atenta na indispensabilidade da alimentação, não reconhece que um perigo mortal o espreita; não o atemoriza do destino que o espera e que desassossega e assusta a sua família, continua, impavidamente a denunciar este estranho estado de espírito, numa exibição de tranquilidade e de impossibilidade em face do desfalcamento progressivo do seu peso e do seu volume (nutrição endógena), que faz lembrar a de certos tuberculosos, já cerca da sepultura." (Moura, 1947).

1.3.1- Critérios de Diagnóstico

Dally & Sargant (1966), foram os primeiros autores a proporem critérios de diagnóstico de anorexia nervosa.

Quadro 2- Critérios de Diagnóstico da Anorexia Nervosa (Dally & Sargant, 1966)

1. Recusa de comer acompanhada ou não de anorexia
2. Perda mínima de 10% do peso pré-morbido
3. Amenorreia de pelo menos 3 meses de duração ou, se a menstruação ainda não se manifestou, idade mínima de 16 anos
4. Ausência de esquizofrenia, depressão grave ou doença orgânica
5. Idade de início inferior a 35 anos

(*in* Roma Torres, 1986, pág.19)

Em 1970 Russell apresenta uma caracterização positiva da doença, que foi decisiva para o estabelecimento dos critérios de diagnóstico de anorexia nervosa. Estes critérios propostos por Russell, evitam aspectos mais polémicos ligados a definições mais ou menos arbitrárias da perda mínima de peso e limita o máximo de idade, mas não deixam de exigir um atingimento arbitrário psicossomático, de disfunção hipotalâmica, segundo Russell, marcado pela amenorreia se tivermos em conta as sobreponíveis anorexias nervosas masculinas (*cit. in* Roma Torres, 1986).

Quadro 3 - Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (Russell, 1970)

1. Perda de peso induzida pelo próprio (resultante de evitamento estudado de alimentos que possam engordar)
2. Medo mórbido de engordar, expresso abertamente ou através do comportamento
3. Perturbação endócrina específica que se manifesta nas jovens pós-pubertárias pela interrupção dos períodos menstruais, ou nas jovens pré-pubertárias por um atraso na puberdade.

(*in* Roma Torres, 1986, pág.20)

É de salientar que existe uma diminuição do número de critérios de diagnóstico dos autores Dally & Sargant (1966) para os critérios do autor Russell (1970). Os autores Dally & Sargant já na altura evidenciaram a ausência de outras perturbações como a esquizofrenia e a depressão para que se possa considerar o diagnóstico de anorexia nervosa, enquanto Russell anos mais tarde abandonou este critério. Os primeiros autores referem a idade de início da doença enquanto Russell não foca

nenhuma idade para o possível início da anorexia nervosa. Em compensação Russell faz referência às perturbações endócrinas nas jovens.

Os critérios para o distúrbio da anorexia nervosa de Feighner em 1972 serviram para detectar e avaliar este distúrbio. Dois anos após Russell ter elaborado um conjunto de critérios de diagnóstico, Feighner (1972) elabora os seus critérios de diagnóstico em que evidencia a idade de início da anorexia nervosa, a percentagem de perda de peso, a distorção da imagem corporal e as suas características e a não existência de outros distúrbios psiquiátricos. Os critérios de diagnóstico da anorexia nevosa de Feighner parecem ser mais completos que os anteriores.

Quadro 4 - Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (Feighner, 1972)

a) Idade de início: 25 anos

b) Anorexia acompanhada de uma perda de peso correspondente a pelo menos 25% de peso corporal

c) Uma atitude distorcida e implacável face à ingestão, aos alimentos ou ao peso, que provoca fome, advertências, certezas e ameaças, por exemplo:

- Negação da doença sem reconhecer as necessidades nutritivas;
- Aparente concordância com a perda de peso manifestando abertamente que a negação aos alimentos é agradável;
- Uma imagem corporal desejável de extrema magreza evidenciando-se que é gratificante para a paciente conseguir e manter este estado;
- Acumulação ou manipulação exagerada de alimentos

d) Não há doença médica que explique a anorexia e a perda de peso

e) Não há outra perturbação psiquiátrica conhecida com particular referência a perturbações afectivas primárias, neurose obsessivo-compulsiva, fobias e esquizofrenia

f) Pelo menos duas das manifestações seguintes:

- Amenorreia (supressão anormal da menstruação);
- Penugem e Bradicardia (pulso em repouso de menos de 60 pulsações);
- Períodos de hiperactividade;
- Episódios de bulimia e vómitos (podem ser auto-induzidos).

(*in* Rosa Maria Rajsh, 2001)

Em 1980, a anorexia nervosa é classificada no DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disosders).

Quadro 5 - Critérios de Diagnóstico da Anorexia Nervosa (DSM – III, 1980)

1. Medo intenso de se tornar obeso, que não diminui à medida que o indivíduo perde peso
2. Alteração da imagem corporal, por exemplo pretensão de "sentir-se gordo" mesmo quando magro
3. Perda de peso de pelo menos 25% do peso original; com menos de 18 anos, a perda de peso original somada ao aumento esperado de peso, com base nos diagramas de crescimento, deve perfazer 25%
4. Recusa em manter o peso acima do mínimo normal adequado à idade e à altura
5. Ausência de doença física conhecida que justifique a perda de peso

Anos mais tarde realizaram uma revisão do manual DSM-III, onde existem algumas diferenças de critérios de diagnóstico de anorexia nervosa. É importante referir que as principais diferenças entre os critérios de diagnóstico do DSM-III e do DSM-III-R, são bastante importantes, pois no DSM-II a perda de peso é de pelo menos 25% do peso original, enquanto que no DSM-III-R a perda ponderal do peso é de 15%. No DSM-III-R os autores referem, também, que tem de existir no sexo feminino pelo menos a perda de três ciclos menstruais consecutivos. Podemos concluir que o DSM-III-R está mais completo que o anterior.

Quadro 6 - Critérios de Diagnóstico da Anorexia Nervosa do DSM-III-R, 1993

A. Recusa em manter o peso corporal mínimo do normal para a idade e altura, isto é, perda ponderal de 15% ou falência no ganho de peso correspondente ao período de desenvolvimento, levando a um peso de 15% abaixo do esperado
B. Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo, mesmo tendo peso abaixo do normal
C. Distúrbio da forma como o peso corporal, o tamanho e a imagem são vividos, isto é a pessoa queixa-se que se "sente gorda" mesmo quando está emagrecida, acredita que uma zona do corpo é "demasiado gorda" mesmo quando obviamente tem um peso abaixo do normal
D. No sexo feminino, a ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos quando era esperado ocorrerem (amenorreia primária ou secundária).

Na proposta, em 1994, de definição para o DSM-IV o grupo que a elaborou pensou que a anorexia nervosa deve ser subdividida em 2 tipos, tipo restritiva e tipo purgativo. Relativamente ao DSM-III-R, não existem diferenças significativas para o DSM-IV, apenas existe o acrescento de tipos específicos da anorexia nervosa.

A anorexia nervosa restritiva é caracterizada por um elevado decréscimo de peso, por restrição alimentar sem recurso a comportamentos purgativos e/ou de ingestão compulsiva. A anorexia tipo ingestão compulsiva/purgativa (anorexia nervosa bulímica), em que, durante o episódio de anorexia nervosa a pessoa tem comportamentos de ingestão compulsiva e/ou purgativos (vómitos, uso de laxantes, diuréticos e inibidores de apetite, jejum e exercício físico intenso). Estes comportamentos, além de complicarem o quadro clínico, são indicadores de mau prognóstico (Carmo, 1994; Sampaio, 1998).

Quadro 7 - Critérios de Diagnóstico da Anorexia Nervosa do DSM-IV, 1994

A. Recusa em manter o peso corporal igual ou acima do normal para a idade e para a altura, o que deve ser entendido como perda de 15% de peso em relação ao esperado ou fracasso no ganho ponderal justificado para o período de crescimento (a maioria destes doentes são adolescentes)

B. Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo, mesmo quando muito emagrecido/a

C. Perturbação na apreciação do peso e formas corporais, indevida influência destes na auto-determinação, ou negação da gravidade do baixo peso actual.

D. Nas mulheres, a amenorreia durante pelo menos três meses consecutivos.

Especificar tipos:

Tipo restritivo: durante o episódio actual a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem purgantes (por exemplo, vómitos ou mistura de laxantes, diuréticos e enemas).

Tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo: durante o episódio actual a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vómitos ou mistura de laxantes, diuréticos ou enemas).

Podemos observar que existiu evolução dos critérios de diagnóstico do DSM-IV para o DSM-IV-TR, 2002, houve uma diminuição dos critérios de diagnóstico. Principalmente no que diz respeito à perda ponderal de peso em que no primeiro os autores referem 15% e no segundo não referem qualquer valor.

Quadro 8 - Critérios de Diagnóstico da Anorexia Nervosa, DSM-IV-TR, 2002

A. Medo intenso de ganhar peso e recusa em manter um peso corporal mínimo em função da idade e altura

B. Perturbação da percepção da forma e peso corporais. Isto pode incluir uma indevida influência do peso ou da forma corporal na auto-avaliação ou na negação da gravidade do grande emagrecimento actual.

C. Nas mulheres após a menarca pode ocorrer a ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais.

Especificar um dos seguintes tipos:

Tipo restritivo: durante o episódio actual o sujeito não recorre habitualmente a ingestão compulsiva ou comportamento purgativo.

Tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo: durante o episódio de anorexia nervosa a pessoa recorre habitualmente a ingestão compulsiva ou a comportamento purgativo.

A OMS, descreve a anorexia nervosa como um baixo peso causado pelo próprio doente. De acordo com esta classificação, a combinação de factores culturais, sociais e biológicos aparentemente contribuem para o desenvolvimento da perturbação, juntamente com uma personalidade vulnerável e outros processos psicológicos. Esta classificação valoriza o índice de massa corporal, sugerindo que um índice de massa corporal igual ou inferior a 17,5 é indicação de anorexia nervosa.

Quadro 9 - Critérios de Diagnóstico CID-10

A. Existe perda de peso, ou, nas crianças, a ausência de aumento de peso conduzindo a um peso corporal pelo menos de 15% abaixo do normal ou esperado para a idade e estatura.

B. A perda de peso é auto-induzida pelo evitamento de "comidas que engordam"

C. Existe a auto-percepção de "estar demasiado gordo", um medo intenso de engordar o que leva a que seja auto-imposto um limiar de baixo peso

D. Uma perturbação endócrina geral que envolve o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal e que se manifesta na mulher pela presença de amenorreia e no homem pela perda de interesse e potência sexual.

E. Não está incluída nos critérios A e B da bulimia nervosa

Na comparação entres estes critérios diagnóstico vamos observar que se encontram com relativa facilidade descrições compatíveis com o quadro de anorexia nervosa, embora nem sempre se dá o mesmo valor a determinadas características. Como podemos observar na tabela seguinte.

Tabela 1 – Comparação dos Diferentes Critérios de Diagnóstico da Anorexia Nervosa

Autores / Características	Dally & Sargant	Russel	Feighner	DSM-III	DSM-III-R	DSM IV	DSM IV- TR	CDI-10
Idade Início doença	35	-	25	-	-	-	-	-
Perda peso	100%	-	25%	25%	15%	15%	-	15%
Amenorreia	+	+	+	-	+	+	+	+
Fobia Peso	-	+	-	+	+	+	+	-
Recusa Comer	+	+	+	+	+	+	+	+

Legenda: (+) existência do critério

(-) ausência do critério

As pacientes com anorexia nervosa apresentam entre si, semelhanças nas características e nas manifestações clínicas. No entanto, embora tenham semelhanças nas características e manifestações clínicas, há que dar grande importância à psicopatologia do indivíduo, assim como observar casa a caso (tratamento individualizado) e à família. Como principais manifestações

fisiológicas, observa-se principalmente o baixo peso, a hipotermia, desidratação e emagrecimento. O peso excessivamente baixo faz com que a pele se apresente seca e gretada, algumas vezes coberta de pelo (lanugo), especificamente na face, pescoço, costas, antebraços e coxas. O cabelo e unhas tornam-se quebradiço (Schawabe, Lippe, chang, Pops & Yager, 1981, *cit. in* Mateos-Parra e Solano-Pinto, 1997).

A maioria dos autores afirma existirem dificuldades de nível cardiovascular nomeadamente hipotensão, bradicardia e arritmias. A nível hematológico observa-se anemia e leucopenia; a nível renal e imunológico, observam-se diabetes e infecções bacterianas. Ao nível gastrointestinal observa-se, por exemplo obstipação grave.

Os anoréxicos mentais abstêm-se da ingestão de alimentos como se assim lhes fosse possível a consecução de uma lipodistrofia exclusiva, ou quando muito, lipomuscular, ou como se tivessem abolida a necessidade consciente da alimentação, ou patologicamente suprimido o tão tenaz e primitivo instinto de conservação individual (Moura, 1947)

Nos casos de pacientes que utilizam o vómito, podem aparecer com cáries dentárias, erosão do esmalte, resultantes do ácido gástrico e sangramento intestinal.

Também se podem observar alterações do sistema endócrino, destacando-se o abaixamento do nível de estrogénios, problemas de tiróide e irregularidades menstruais (Carmo, I. 2001).

As manifestações cognitivas podem ser demonstradas através do medo excessivo com o corpo, peso e alimentos. No caso de anorexia nervosa a repetição e a persistência destes pensamentos convertem-se em patologia pois constituem a temática quase exclusiva destes pacientes. À medida que o quadro de anorexia nervosa vai progredindo, as pacientes continuam a negar o seu emagrecimento, reafirmando que se consideram gordas (Garner & Bermis, 1982; Cash & Brown, 1987, *in* Mateos-Parra e Solano-Pinto, 1997).

Quanto às manifestações comportamentais, com frequência começam a restringir alimentos altamente calóricos, com excesso de açúcar e hidratos de carbono, em seguida restringem alimentos com excesso de gordura e por fim alimentos proteicos especialmente a carne vermelha. Um outro comportamento observado como padrão é a hora das refeições, onde estes pacientes evitam comer com os membros da família e/ou amigos.

Esta abstenção é por vezes tão difícil que só a muito custo resiste à tentação de comer. Há anoréxicos mentais que cedem aos apelos do seu apetite, e seguidamente à ingestão de um ou de outro alimento da sua maior predilecção, provocam o vómito, para sem se privarem do prazer da mesa, alcançarem o seu objectivo supremo: emagrecimento (Moura, 1947).

Na anorexia nervosa tipo purgativo, ocorrem episódios de hiperfagia (as pacientes ingerem de uma forma descontrolada uma grande quantidade de comida que lhe infere uma sensação de enfartamento e de sentimentos de culpa) que na maioria das vezes leva ao vómito e/ou abuso de laxantes ou diuréticos (Mateos-Parra *et al.,* 1997)

Apetite e fome, são tradução subjectiva, indefinível, da necessidade vital de restauração dos elementos anatómicos e do estado físico-químico do meio interior, de onde surgem as excitações que, destinadas aos centros cerebrais reguladores das funções metabólicas indispensáveis ao equilíbrio aquoso, químico, nutritivo, vão dar origem a essa sensação interna que nos leva a buscar fora de nós os princípios alimentares que em nós escasseiam (Moura, 1947).

Segundo diversos autores o lema das pacientes anorécticas é:
"Nunca sentar se se pode ficar de pé; nunca permanecer de pé se se pode andar; nunca andar se se pode correr" (Beaummout, 1978, *cit. in* Sampaio, D*., et al* 1998).

1.3.2- Etiopatogenia

As perspectivas sistémicas e familiares descrevem organizações familiares consideravelmente diferentes para a anorexia e para a bulimia nervosas. A anorexia nervosa tem, por um lado, uma

função de protecção, fornecendo à anoréctica um modo alternativo de experimentar o sucesso e, consequentemente, de aumentar a sua auto-estima, já que o seu sucesso no controlo do peso acaba por compensar os seus sentimentos de inadaptação e insignificância. Por outro lado, é um modo inconsciente da anoréctica manter a sua posição de dependência dentro da família, na medida em que a tarefa psicológica de separação dos pais é particularmente assustadora (Romeo, 1986).

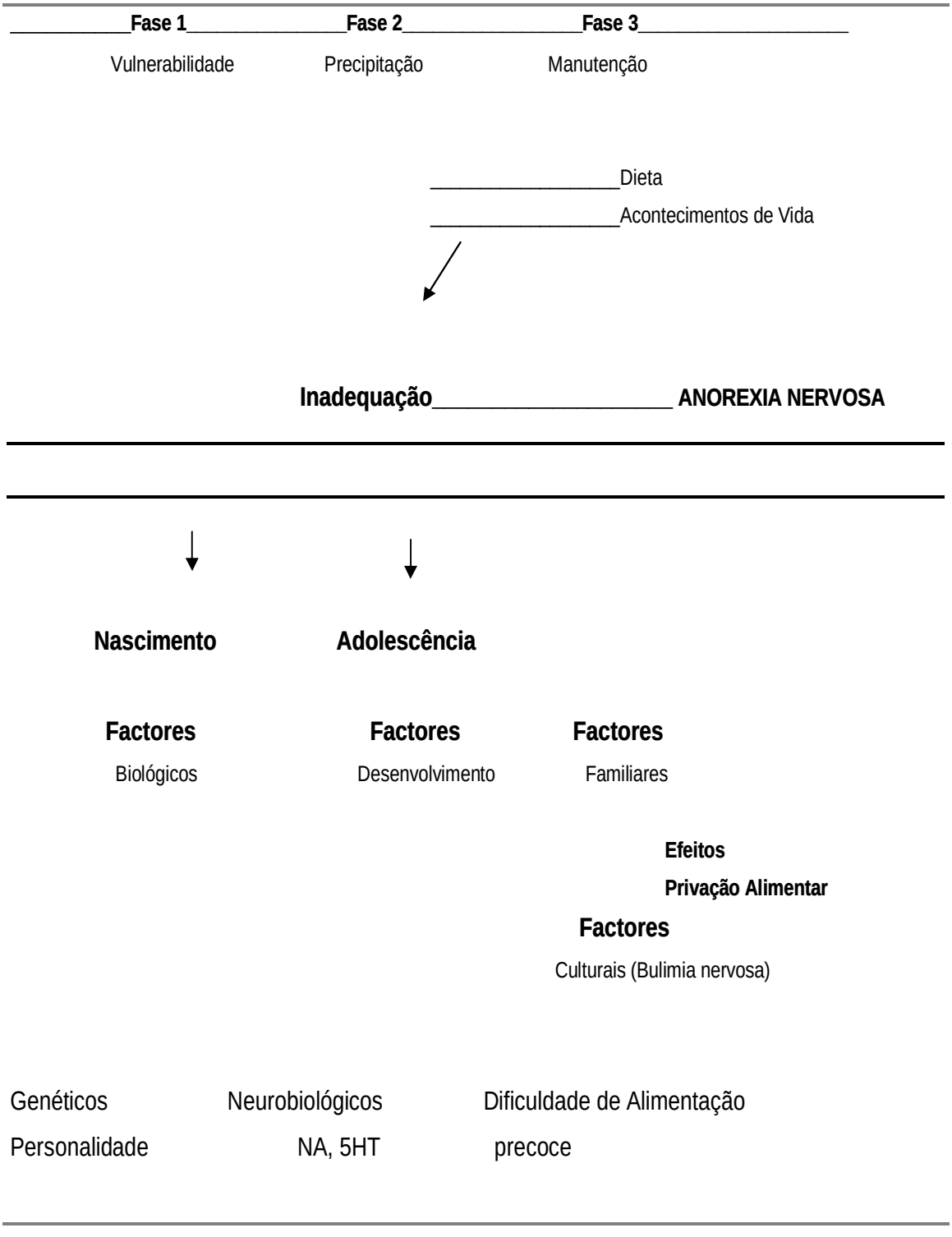
Segundo Gerlinghoff e Backmund, 1997, a anorexia nervosa pode desempenhar várias funções como a de ser fonte de sofrimento; a de adiar o processo justificativo para o desempenho da anoréctica, assim como para a sua infelicidade; a de ser uma busca de independência. De acordo com Onnis, 1991, a anorexia nervosa pode ser considerada, do ponto de vista compreensivo, a três níveis, o nível individual (onde a anorexia surge como uma tentativa de autonomia e de individuação, embora de uma forma paradoxal pela negação dos traços específicos de identidade pessoal e sexual); o nível familiar, o comportamento anoréctico como sendo a introdução de uma diferença e um protesto na família e por último, nível sociocultural, a anorexia é representada como uma recusa de uma cultura de abundância, onde se privilegia a imagem do corpo e certos ideais de beleza.

O envolvimento de uma diversidade e complexidade de factores socioculturais, psicológicos e biológicos específicos na abordagem das causas da anorexia nervosa, são pressupostos dos modelos teóricos que sustentam esta concepção (Attie, Brooks-Gunn & Peterson, 1990). Podemos dizer que nenhum factor isolado se revela suficiente para explicar o desenvolvimento da anorexia nervosa. A simples exposição a um destes factores também não é suficiente para a compreensão do surgimento da anorexia nervosa (Cooper, 1995). Importante, para além dos factores considerados de risco, é a compreensão da forma complexa da interacção dos factores de predisposição, de precipitação e de manutenção.

Com base nestes factores, Cooper (*cit. in* Sampaio, 1998) propôs um modelo que conceptualiza o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar em várias fases, sendo uma condição implícita a interacção entre os factores. Na primeira fase ou momento o indivíduo é

exposto a determinados factores de predisposição que, por definição, ocorrem antes do início da perturbação e implica um aumento de risco para o seu desenvolvimento. A segunda fase ou momento ocorre no período compreendido entre o aparecimento de um precursor comportamental (como por exemplo a dieta ou a restrição alimentar) e o início da doença. Os factores precipitantes (determinados acontecimentos) nesta fase implicam o aumento do risco de desenvolvimento da perturbação. A terceira fase ou momento, os factores de manutenção determinam o curso do quadro clínico (encontram-se em interacção com os factores protectores do meio ou do indivíduo). Na figura seguinte temos o resumo sobre este modelo.

Figura 1- Esquema Resumo da visão global da Anorexia e Bulimia nervosas.



Através desta visão sobre a anorexia e bulimia nervosas, pretende-se mostrar que existe uma complexidade interacional entre os vários factores de risco, como os factores psicológicos, os biológicos, os familiares e os socioculturais, ao longos das diversas fases ou momentos, em combinação com os factores de vulnerabilidade e de protecção do indivíduo, que está associada ao aparecimento, curso e expressão sintomática destas perturbações do comportamento alimentar.

1.3.3- Epidemiologia

A epidemiologia refere-se essencialmente aos factores que intervêm, no aparecimento de determinada perturbação ou doenças, frequência e modo de distribuição, habitualmente apresentado sob forma de taxa de prevalência e incidência. As taxas de prevalência medem o número de pessoas de uma população que num determinado momento, têm uma certa doença. As taxas de incidência medem a probabilidade de que as pessoas saudáveis adquiram determinada doença num período de tempo especificado, sendo, portanto, o número de casos novos de determinada doença numa dada população, durante um certo período de tempo. (Mausner e Kramer, 1990).

A maioria dos estudos epidemiológicos foram realizados utilizando critérios de diagnóstico diferentes dos actuais. Os estudos que se baseiam na DSM-III (APA, 1980) e que apenas consideram o diagnóstico de anorexia nervosa quando a perda de peso era de pelo menos 25%, podem revelar resultados de prevalência menores do que os estudos que actualmente consideram um défice de 15% em relação ao peso mínimo de referência. O mesmo se pode dizer em relação à exigência de ausência de três ciclos menstruais consecutivos, que nem sempre foi observada (Carmo, 2001).

A anorexia nervosa não é uma doença de dietas, nem é provocada só por falta de alimentação. Muitos dos sintomas que caracterizam a anorexia são causados pelo efeito de privação de alimentos, ou seja, a recusa alimentar leva a um enfraquecimento progressivo visível em várias partes do corpo (Daniel Sampaio, 1998).

A anorexia mental tem quase sempre um começo insidioso, é imperceptível. Por via de regra, a alimentação vai sendo reduzida gradativamente e um mais ou menos largo período de hipo-alimentação, dissimulada com o auxílio dos mais variados estratagemas, das mais hábeis fraudes, antecede um emagrecimento evidente. A redução alimentar pode ser global, mas primordialmente, não costuma incidir, sem distinção, sobre quaisquer alimentos. Vão sendo abolidos, sucessivamente, os que são reputados mais nutrientes ou especialmente favorecedores de formação de gordura. Alguns anoréxicos mentais pretendem sustentar-se com um alimento único, como se assim fosse possível ao organismo humano obter energia mecânica, energia calórica e reconstruir a sua matéria (Moura, 1947).

Em diversos estudos encontrados, a prevalência da anorexia nervosa por ano é inferior a 1%, mas este número sobe se a população avaliada for adolescente. Tem-se considerado que a prevalência é maior nas etnias de origem europeia. Ocorre sobretudo nas classes sociais mais privilegiadas sob o ponto de vista económico. Este aspecto tem vindo a modificar-se ao longo do tempo. Segundo Crisp, as classes socioeconómicas desfavorecidas estão mais protegidas da anorexia nervosa, mas quando esta doença surge nestas classes é porque há mais psicopatologia, normalmente relacionada com o sexo, o desejo de o ocultar pode desencadear maior resistência à psicoterapia. Sendo considerado que o aparecimento de anorexia nervosa nas populações com baixo nível socioeconómico, torna o prognóstico pior (Daniel Sampaio *et al.,* 1999).

Os autores Gotestam, Eriksen & Hagen, em 1995, num estudo com população psiquiátrica, apontaram para valores de prevalência na ordem dos 7,3% na Noruega e, no caso de populações de risco, Garner e Garfinkel, em 1980, encontraram num grupo de 183 bailarinas, uma taxa de prevalência de 6,5% (Carmo, 2001).

Em Portugal, os estudos realizados por Pocinho, em 2000, encontrou uma prevalência de 0,6% de anorexia nervosa para o sexo feminino e de 0,4% para o sexo masculino, numa amostra de 224 rapazes e 325 raparigas, em que as idades se encontravam compreendidas entre os 12 e os 22 anos. Carmo, em 2001, realizou um estudo com uma amostra de 2398 estudantes do sexo feminino

da região de Lisboa, com idades compreendidas entre os 10 e os 21 anos, revelou uma taxa de prevalência de 0,37% de anorexia nervosa (Carmo, 2001).

Grande parte dos estudos que publicam estatísticas que referem a incidência da anorexia nervosa, sugerem que existe um aumento significativo, durante as últimas décadas. Um estudo efectuado em 1986, realizado por Szmukler, McCance e Hunter (Bryant-Waugh, 1996) encontraram uma incidência de 1,6 por 100.000 habitantes, entre os anos de 1966 a 1969, e de 4,06 por 100.000 habitantes entre 1978 e 1982. Entre 1991 e 1992, os autores Rooney e cols. (1995) encontraram uma incidência de 2,7 por 100.000 habitantes, nos centros de saúde de Londres (Carmo, 2001).

Quanto às características específicas do género, é estimado que a anorexia nervosa ocorra em cerca de 0,5% a 1% das raparigas adolescentes. Ocorre 10 a 20 vezes mais nas mulheres que nos homens. Alguns autores apontam, como possíveis razões para uma taxa de prevalência tão baixa: o enviesamento no diagnóstico; o facto de os homens apresentarem maior dificuldade em procurar tratamento e a inexistência de estudos em populações não clínicas (Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995). De acordo com os autores Vandereyken e Van Der Broucke, as características específicas de anorexia nervosa nos indivíduos do sexo masculino seriam as seguintes: começariam mais cedo do que as raparigas; o diagnóstico é feito mais precocemente; num terço dos casos há antecedentes de obesidade; o prognóstico seria pior por haver psicopatologia associada (Daniel Sampaio *et al.,* 1999).

Anderson, em 1992, sugere que os homens que desenvolvem perturbações do comportamento alimentar, diferem das mulheres no que diz respeito aos comportamentos de dieta, em três aspectos essenciais: os homens fazem dieta porque, em algum momento da sua vida, tiveram peso a mais; os homens fazem dieta porque pretendem alcançar algum objectivo desportivo e fazem dieta para evitar algum problema médico (Crosscope-Happel, C., Hutchins, D. E., Getz, H.G., Hayes, G.L., 2000).

Quanto às características específicas da idade, segundo Consoli e Jeamment, 10% das mulheres com anorexia nervosa começariam antes dos 10 anos e seria muito mais grave, visto apresentarem

perturbações da personalidade e atrasos de desenvolvimento (Daniel Sampaio, 1998). Sendo uma perturbação da adolescência, a média de idades do aparecimento da anorexia nervosa é de 17 anos, podendo apresentar picos de maior incidência aos 14 e 18 anos e sendo raro o aparecimento, nas mulheres, após os 40 anos de idade (APA, 1996). O aparecimento no início da adolescência (entre os 13 e os 18 anos) pode ser um sinal de melhor prognóstico (APA, 1996). No entanto, a maioria dos estudos apontam para um aumento de casos de anorexia nervosa em mulheres entre os 20 e os 30 anos de idade.

Relativamente às características específicas da cultura a anorexia nervosa parece ser mais vezes diagnosticada nas sociedades industrializadas, principalmente quando a magreza está associada ao ideal de beleza. Os factores culturais poderão, então, influenciar bastante este tipo de perturbação (DSM-IV, 1994).

A anorexia nervosa ocorre predominantemente na classe socioeconómica média/alta, das sociedades industrializadas, onde há abundância de alimentos e, especialmente, onde nas raparigas a magreza se associa à beleza (APA, 1996).

McCourt e Walter estudaram populações indianas e europeias de escolas secundárias de Birmingham e concluiram que as jovens indianas tinham mais patologia alimentar do que as europeias. Interpretaram este resultado como consequência de um conflito cultural, que expressava também um conflito de gerações, representando a patologia alimentar das filhas uma forma de se oporem ao controlo das mães, vectores da cultura tradicional indiana (Daniel Sampaio *et al.,* 1999).

Nas sociedades ocidentais, o ideal de beleza feminino é caracterizado pela magreza e capacidade de controlar o peso. Em tempos, ser-se gordo era sinal de abundância e indicador de que a pessoa possuía grande quantidade de alimentos, entretanto, a magreza converteu-se num símbolo de *status* social (Rutsztein, 1997). Segundo os autores Vandereyken e Van Deth, em 1996, o conceito de a anorexia ser um síndrome específico de uma determinada cultura, expressa a ideia de que a síndrome (disfunção ou doença) não ocorre universalmente na população, mas permanece

confinada a uma cultura específica, implicando, que só tenha significado e só seja compreensível (diagnóstico, explicação e terapia) dentro da esfera psicossocial dessa mesma cultura.

Nos últimos tempos tem-se assistido a um aumento de perturbações alimentares em países orientais, principalmente no Japão e na China, nomeadamente nas cidades onde as mulheres são mais expostas a choques culturais e à modernização (APA, 2000).

A evolução, no início da dieta, a tentativa de perder peso tem como principal objectivo melhorar um estado emocional, que se encontra de certa forma abalado por acontecimentos ou vivências ameaçadoras através da valorização da auto-imagem, com o objectivo de conseguir a aprovação dos amigos e do reconhecimento do valor pessoal nas relações interpessoais. Numa fase posterior, a perda de peso é acompanhada por um sentimento de maior capacidade e eficácia, que melhoram por algum tempo o estado de humor e o auto-conceito do indivíduo. Quando o comportamento restritivo se instala e se acentua, o medo do retrocesso à situação anterior é muito significativo. Começa, então, a existir um controlo calórico alimentar muito intenso e que é acompanhado pelo exagerado exercício físico diário e, em alguns casos, com o abuso de substâncias que podem acelerar o emagrecimento como os anorexígenos, laxantes ou diuréticos (Bouça, 2000).

Relativamente às perturbações que poderão estar associadas à anorexia nervosa, diversos são os autores que têm investigado sobre este aspecto. De um modo geral todos identificam como perturbações associadas à anorexia nervosa: depressão, comportamentos obsessivo-compulsivos, labilidade de humor, isolamento social, irritabilidade e insónias. As jovens anorécticas são usualmente caracterizadas como egocêntricas, perfeccionistas, dependentes, egoístas, introvertidas e com tendência ao conformismo. Normalmente têm baixa auto-estima e pensamento dicotómico. Grande tendência para procurar a perfeição (Bernardo, P. & Martins, C., 2000).

O impulso persistente e prejudicial para a magreza em doentes com anorexia nervosa assemelha-se a um comportamento aditivo, embora o risco de anorexia nervosa pareça ser transmitido de forma independente do risco do abuso de substâncias. Muitas vezes também são vistas como comorbilidade à anorexia nervosa as perturbações de ansiedade em particular a fobia social.

Também a presença da personalidade limite (“boderline”) parece estar associada à anorexia nervosa, principalmente a algumas atitudes como a frequência de hospitalizações serem elevadas, tentativas de suicídio e comportamentos de auto-mutilação. (APA, 2000).

SINTESE

A etiologia das perturbações do comportamento alimentar é multideterminada, onde diversos factores interagem: factores individuais, socioculturais e psicológicos.

A maioria dos autores referem que a família ou dinâmica familiar, é sem dúvida uma das características importantes no desenrolar da perturbação do comportamento alimentar. As características da família podem contribuir de alguma forma na vida de cada membro da família. As primeiras descrições de famílias com jovens com perturbações do comportamento alimentar, eram caracterizadas como famílias pertencentes a níveis socioculturais elevados e que respondiam positivamente ao tratamento.

As perturbações do comportamento alimentar tem como principais características (DSM-IV-TR, 2002): uma preocupação excessiva em aumentar de peso ou engordar, existe distorção da imagem corporal; as jovens têm dificuldade em controlar apropriadamente a ingestão de alimentos de forma a manter um peso saudável e existem flutuações de auto-avaliação dependendo da forma corporal ou peso percepcionados. Estas perturbações incluem diagnósticos excluentes: Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa e EDNOS. Quanto há frequência desta problemática, afecta normalmente mulheres jovens (3,2%) entre os 14 e os 18 anos.

No que diz respeito à Anorexia Nervosa, as primeiras possíveis descrições surgiram na Idade Média, onde a Igreja apoiava os sacrifícios que os crentes efectuavam, incluindo jejuns de tempo prolongado, como forma de provar a sua Fé. Contudo, as primeiras divulgações de Anorexia Nervosa, surgem no século 17 com os autores Hobbes e Cotton Matter. Apenas em 1698, Morton identifica o carácter científico da Anorexia Nervosa e assiste-se a um despertar do interesse por este quadro clínico. Alguns autores que contribuiram para o aprofundar do conhecimento da anorexia nervosa: William Gull, Lasègue, Charcot, Bruch, Crisp, Russel e Elysio de Moura (Portugal).

Actualmente, a anorexia nervosa é definida segundo DSM-IV-TR, 2002:
Medo intenso de ganhar peso e recusa em manter um peso corporal mínimo em função da idade e altura; é uma perturbação da percepção da forma e peso corporais (pode incluir uma influência indevida do peso ou da forma corporal na auto-avaliação ou na negação da gravidade do grande emagrecimento actual) e nas mulheres após a menarca pode ocorrer ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais. A anorexia nervosa é subdividida em 2 subtipos: tipo restritiva e tipo purgativa.

Nas últimas décadas tem havido um aumento significativo dos casos de anorexia nervosa, frequentemente com evolução crónica e com maior incidência em jovens do sexo feminino dos 14 aos 18 anos. Nenhum factor isolado pode revelar-se suficientemente forte para explicar o desenvolvimento da anorexia nervosa.

CAPÍTULO II – A Família

2.1- A Família - Definição

Família, é um conceito com várias definições e cada autor tem uma opinião sobre esta estrutura. A família ocupa um lugar imprescindível na Humanidade, pois no seu seio encontra-se cada criança e um futuro Homem.

O conceito de família, tem mudado nos últimos tempos, basta pensar nas famílias constituídas por pai e madrasta, por mãe e padrasto, onde têm de conviver os filhos naturais, os meios-irmãos e os enteados; as famílias monoparentais, com a mãe ou o pai a viver com os filhos; em famílias que não existem filhos ou apenas existe um; o número crescente de separações e divórcios ou de uniões de facto que podem ultrapassar os casados religiosa e civilmente e as famílias homossexuais.

Em 1993, Castellan afirma que o par fundador de uma família é o conjunto de duas pessoas que se unem com a intenção de que os cônjuges sintam a necessidade de institucionalizar a sua união, distinguindo-se assim das díades de coabitação, apesar de estas também poderem ser duradoiras. Em 1994, o mesmo autor define família como uma reunião de indivíduos unidos pelos laços de sangue, vivendo sob o mesmo tecto ou num mesmo conjunto de habitações e numa comunidade de serviços (Oliveira, J., 2002).

O autor Lévi-Strauss, 1977, utiliza a palavra família para designar um grupo social que possui, pelo menos três características (Oliveira, J., 2002):

1- Tem a sua origem no casamento;
2- É formado pelo marido, pela esposa e pelos filhos nascidos do casamento, ainda que seja concebível que os outros parentes encontrem o seu lugar junto do grupo nuclear;
3- Os membros da família estão unidos por laços legais, direitos e obrigações económicas, religiosas e de outro tipo; uma rede precisa de direitos e proibições sexuais, além de uma quantidade variável e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como o amor, afecto, respeito, temor, etc.

Em 1965, Jackson definiu a família como uma unidade e não uma soma dos seus indivíduos. Ou seja, o todo é mais que a soma das suas partes (Alarcão, M. 2006).

Segundo Sampaio e Gameiro, 1985, a 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 estadios de evolução diversificados (*in* Alarcão, M. 2006).

Andolfi, 1981, define família como um sistema de interacção que articula vários componentes individuais. A família é um sistema entre sistemas, onde é essencial a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o individuo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para a formulação de intervenções eficazes.

Gameiro, 1992, refere que a família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são passíveis de ser medidos com os instrumentos criados para o estudo de indivíduos isolados.

Roussell (1991), propôs-se analisar a família a partir da dimensão simbólica dos valores e das representações sociais. Este autor propõe modelos familiares explicativos que se centram nos sentimentos, finalidade da família e a centralidade das relações conjugais e parentais para os indivíduos.

Estes modelos tinham como funcionamento os sucessivos movimentos de transformação das relações privadas (aliança, fusão e associação), que evoluíram gradualmente de um modelo de "família como instituição" para modelos familiares mais modernos. Assim, segundo Roussell, as "famílias instituição" são caracterizadas por finalidades de sobrevivência e pela subordinação à instituição matrimonial. As "famílias aliança", ainda fortemente institucionalizadas, eram caracterizadas pelo amor romântico; nas "famílias fusão", sobressaía o amor romântico, mas num quadro de uma recusa de instituição tradicional e da afirmação da igualdade entre os cônjuges. As

"família associação" simbolizavam o triunfo do individualismo sobre o "nós conjugal" (Wall, Karin et al, 2002).

Palazzoli, 1978 definiu família como uma instituição universal, na qual o indivíduo se desenvolve socialmente atendendo aos padrões de interacção característicos do grupo, assim funciona como um sistema auto-regulado, que segue determinadas regras e que essas regras são por sua vez formadas pelo processo de tentativa e erro, ao longo de um período de tempo.

A preocupação com a diversidade do funcionamento familiar, sustentada na ideia de privatização dos comportamentos familiares, abriu caminho desde os anos 60, para o desenvolvimento de várias abordagens que voltaram a olhar para a dinâmica interna da família. Desta forma houve necessidade de "tipificar" os géneros de relações em que as famílias se encontram (Kellerhals, 1989, *cit in* Wall, Almeida, André, Guerreiro, Piedade, Aboim, Cunha, Rodrigo e Vasconcelos, 2002).

Burgess, Locke e Thomas em 1945, numa perspectiva interacionista, definiram a "família companheira" por contra ponto à "família instituição" de Roussell, enquanto centrada nas relações privadas entre os indivíduos. Em 1975, Berger e Kellner apontaram para a importância de produção do sentido no casamento e na família. As abordagens interacionistas pressupõem a relativa independência da família face aos contextos sociais, pois é dotada de processos de funcionamento transclassistas próprios a todo o sistema de acção colectiva. As tipologias de matriz interacionista fundaram-se sobre eixos essenciais da dinâmica de grupo, como a coesão interna, a integração no exterior ou a regulação dos conflitos, apresentado como mais-valia heurística a capacidade de análise de sectores particulares dos comportamentos alimentares *(in* Wall, K. et al, 2002).

O ciclo familiar é constituído pelos momentos mais significativos da vida familiar considerada no seu conjunto, no qual existem zonas de particular instabilidade, que correspondem a mudanças na organização familiar que por si só, são geradas de desequilíbrios a que a família tem de dar resposta, de modo a atingir uma nova organização (Sampaio e Gameiro, 1985). As famílias estão organizadas mediante regras de funcionamento que podem não ser mantidas de uma forma rígida. Passam por diversas crises ao longo do seu processo de desenvolvimento, progredindo através de

mudanças descontínuas, possuindo em maior ou menor grau a capacidade de gerar novas estruturas e novos modos de funcionamento (Hoffman, 1980 *cit in* Sampaio e Gameiro, 1985).

A marcação das diferentes etapas do ciclo vital tem variado consoante os autores, embora sejam consensuais em diferentes critérios, como é exemplo: o aparecimento de novos elementos, de novos sub-sistemas; tarefas de desenvolvimento a realizar e consequentemente mudanças funcionais e estruturais e saúde de elementos do núcleo familiar (Alarcão, M., 2006).

Na família tradicional ocidental considera-se que as fases do ciclo vital são:

- União de dois elementos para construir nova família (ou formação de casal);
- Nascimento dos filhos (ou família com filhos pequenos);
- Educação e crescimento dos filhos (ou famílias com filhos na escola);
- Adolescência e saída de casa dos filhos (ou família com filhos adolescentes);
- O casal está de novo só (ou famílias com filhos adultos);
- Velhice e morte.

Como afirmam, Asen e Tomson (1997), o termo “ciclo” implica a “roda” da vida familiar que gira de modo interminável, ligando as diferentes gerações.

Tabela 2 - Estágios do Ciclo da Vida Familiar (Nichols, M., Schwartz, R., 2007).

Estágio do ciclo de vida	Processo emocional de transição: Princípios fundamentais	Mudanças de 2ªordem no status familiar necessárias para o avanço desen.
Sair de casa: adulto jovem solteiro	Aceitar a responsabilidade emocional e financeira por si mesmo	a- Diferenciação do *self* em relação à família de origem; b- Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com os seus pares; c- Estabelecimento do *self* com relação ao trabalho e à independência financeira
União de famílias pelo casamento: o novo casal	Comprometer-se com o novo sistema	a- Formação do sistema conjugal b- Realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e amigos para incluir o cônjuge
Famílias com filhos pequenos	Aceitar novos membros no sistema	a- Ajustar o sistema conjugal para dar espaço aos filhos b- Unir-se na criação dos filhos, tarefas financeiras e nas tarefas domésticas c- Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir papéis de pais e avós
Família com adolescentes	Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para permitir a independência dos filhos e a fragilidade dos avós	a- Mudar relacionamentos pais-filhos para permitir que o adolescente entra e saia do sistema b- Mudar o foco para as questões conjugais e profissionais de meia-idade c- Começar a mudança no sentido de cuidar da geração mais velha
Deixar os filhos e seguir em frente	Aceitar um grande número de saídas e entradas no sistema familiar	a- Renegociar o sistema conjugal como uma díade b- Desenvolvimento de relacionamentos adulto-adulto c- Realinhamento dos relacionamentos para incluir noras, genros e netos d- Lidar com a incapacidade e morte dos pai (avós)
Famílias na vida mais tardia	Aceitar a mudança nos papéis geracionais	a- Manter o próprio funcionamento e interesse (ou os do casal) diante do declínio psicológico: explorar novas opções de papel familiar e social b- Apoiar um papel mais central da geração intermédia c- Dar espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos mais velhos, apoiar a geração mais velha sem fazer demais por ela d- Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e se preparar para a morte

Variações ao Ciclo Vital

Nos últimos tempos o número de famílias com variações do ciclo vital têm vindo a aumentar e a sofrer alterações nas configurações familiares. O número de famílias reconstituídas, de famílias monoparentais, de famílias de colocação, famílias adoptivas, famílias homossexuais e famílias comunitárias têm crescido nestes últimos anos.

O ciclo vital destas novas constituições familiares é distinto do das famílias nucleares tradicionais. Segundo a O.M.S (Organização Mundial de Saúde, 1994) o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, parceria sexual, casamento ou adopção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum deve ser encarado como uma família (*in* Alarcão, M., 2006).

Segundo Madalena Alarcão, 2006, existem configurações familiares diferentes das famílias nucleares tradicionais:

- **Famílias reconstituídas**: nestas famílias é facto existirem pessoas que num passado mais ou menos próximo tiveram outras famílias (nucleares), em parte agora reunidas neste novo sistema familiar. Podemos encontrar uma mulher com filhos que se casa com um homem sem filhos, ou vice-versa e uma mulher com filhos que se casa com um homem com filhos. Na nova família podem surgir mais crianças, filhos de ambos.

- **Famílias monoparentais**: estas famílias designam-se como monoparentais, quando as famílias onde a geração dos pais está apenas representada por um único elemento. Isto pode acontecer porque um dos progenitores abandona a casa e o que fica não volta a casar ou porque a mãe solteira fica com um filho ou adopta uma criança. Pode também acontecer, haver morte de um dos progenitores e o que fica não volta a casar.

- **Famílias adoptivas**: estas famílias caracterizam-se hoje, na sua maioria pelo facto de acolherem no seu seio crianças e adolescentes que não têm laços de sangue com aqueles pais, mas que lhe

estão ligadas por laços afectivos e legais. O casal, ou um dos membros revelou-se infértil ou com dificuldades de levar a bom termo uma gravidez biológica e, por isso, acabou por tomar a decisão de adoptar uma criança.

- **Famílias de homossexuais**: o casal é composto por pessoas do mesmo sexo. Apesar da existência de diversos estereótipos que apontam para o facto de estas famílias serem menos efectivas no cumprimento das suas funções e menos capazes de educar adequadamente as crianças. Existe, hoje, alguma investigação que tem demonstrado que as famílias de homossexuais não diferem significativamente das famílias heterossexuais quando comparadas em determinados parâmetros.

- **Famílias comunitárias**: as famílias nucleares diluem-se nas famílias comunitárias. O bem-estar comunitário, as necessidades e os deveres comunitários impõem-se como valores prioritários, indepentemente da filosofia de cada comunidade. A predominância de relações horizontais faz com que, nas famílias comunitárias o grande sub-sistema seja o "fraternal": a solidariedade é incentivada em detrimento da competição e a complementaridade relacional é posta ao serviço da comunidade e não tanto dos indivíduos. A vivência conjugal pode revestir múltiplas formas, desde as situações em que as relações sexuais são proibidas até ás situações de sexo livre. O sub-sistema parental é diluído em várias figuras e o modelo educativo não é o dos pais biológicos, mas sim o da comunidade.

O termo família designa um conjunto de elementos emocionalmente ligados compreendendo pelo menos três gerações, mas não só, de certo modo considera-se que fazem parte da família, os elementos não ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo.

2.2- Perspectiva Sistémica

A história da perspectiva sistémica remonta a um pouco antes da própria evolução da terapia familiar. Nos anos 50, a terapia familiar começou, em parte por alguns investigadores a valorizar as relações interpessoais dentro do contexto familiar.

Benoit define terapia familiar como uma terapia que integra *"uma epistemologia, um corpo teórico e uma abordagem terapêutica. A epistemologia circular, não causalista e sistémica. Estipula que os problemas humanos não têm só um sentido, mas uma função no contexto alargado onde apareceu"* (1988:514).

Os modelos teóricos-teoria geral dos sistemas (Bertalanffy), a cibernética (Wiener) e a teoria ecosistémica da comunicação (Bateson) - assumiram um papel fundamental no desenrolar desta perspectiva.

A teoria familiar, tem como base a família e vai buscar à teoria geral dos sistemas a sua noção básica, a noção de sistema. À cibernética foi buscar os conceitos explicativos da regulação, funcionamento e evolução do sistema familiar (mecanismos de homeostase/*feedback* negativo e de morfogénese/*feedback* positivo). Às teorias da comunicação, vai buscar a grelha de análise para a compreensão e intervenção sobre o que se passa na família em termos de interacção (Relvas, 1999).

A história da psicopatologia numa perspectiva sistémica passa por uma ruptura com o paradigma individualista e analítica vigente até à metade do século XX. Posteriormente, desenvolve-se e diversifica-se a partir dos modelos criados pelas escolas da terapia familiar, estendendo-se à compreensão/explicação de outros sistemas.

Em 1973, Hilde Bruch, apresentou uma nova perspectiva sobre a influência da família nas perturbações do comportamento alimentar, mais especificamente na relação mãe-filha. O que caracteriza esta relação familiar mãe-filha com perturbação do comportamento alimentar na

infância, é a imposição dos conceitos maternos nas necessidades da criança, não permitindo a diferenciação das necessidades e impulsos da criança. Esta imposição, vai desenvolver sentimentos de ineficácia na filha e incapacidade de se separar da mãe. Para Bruch, a etiopatogenia das perturbações do comportamento alimentar, tem como indicadores: incapacidade da filha para desenvolver autonomia em relação às figuras parentais, devido à elevada intrusividade parental e um excessivo controlo; elaboração de um "falso self", altamente complacente e socializado, como defesa em relação ao impacto parental e elevada vulnerabilidade do ego, que se manifesta na adolescência.

Palazzoli, 1974, apresentou um conjunto de proposições de cariz sistémico mais centradas no funcionamento familiar das pacientes anorécticas. Este modelo enfatiza os problemas de comunicação e de evitamento de responsabilidades e elevados níveis de discordância conjugal. A consequência destes problemas de comunicação é o surgimento de coligações entre os membros da família e a paciente anoréctica.

2.3- A Família Como Sistema

Nos anos 40, o autor Bertalanffy formula um conjunto de principais válidos para diferentes sistemas, fossem eles biológicos, físico-químicos ou sociais e o autor Norbert Wiener publicava o seu trabalho sobre cibernética.

De acordo com Hall e Fagen (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1993, *cit in* Alarcão, M., 2006), um sistema é o conjunto de objectos, das relações entre os objectos e os atributos, sendo que os objectos são os componentes ou parte do sistema, os atributos são propriedades dos objectos e as relações dão "coesão ao sistema todo". Os objectos podem ser indivíduos humanos, os atributos pelos quais eles são identificados como comportamentos comunicativos. Assim, a família pode ser considerada um sistema, pois é composta por objectos e respectivos atributos e relações; contém subsistemas e é contida por diversos sistemas, ou supra-sistemas, todos eles ligados de forma hierarquicamente organizada e possui limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio.

Como sistema a família goza, naturalmente das mesmas propriedades dos sistemas abertos (Bertalanffy, 1972, *cit in* Alarcão, M., 2006). Atendendo à propriedade da totalidade, e de acordo com um dos seus corolários – o da não somatividade – não se pode reduzir a família à soma dos seus elementos (ou componentes) nem dos seus atributos (características). A vida da família é algo mais do que a soma das vidas individuais dos seus componentes, pelo que tem sentido observar a interacção e equacionar o seu desenvolvimento como sistema total. De acordo com outro dos seus corolários – o da impossibilidade de estabelecimento de relações unilaterais – o comportamento de cada um dos seus membros é indissociável do comportamento dos restantes e aquilo que lhe acontece afecta a família no seu conjunto.

A família, enquanto sistema, é um todo, mas também é parte de outros sistemas, isto é, de contextos mais vastos com os quais co-evluiu, tais como a comunidade ou a sociedade. Dadas as trocas que estabelece com o exterior, a família é um sistema aberto: dele recebe um conjunto de influências ao mesmo tempo que o influência. Na sua evolução, porém, o sistema familiar vai regulando esta abertura ao exterior, ora fechando-se ora abrindo-se, isto é, realizando movimentos centrípetos e centrífugos de acordo com as suas necessidades e as suas características.

Na década de 50, o sistema familiar foi-se assimilando a uma máquina cibernética. A perspectiva sistémica começou a interessar-se mais pela estabilidade do que pela mudança. A teoria cibernética desenvolveu-se durante a Segunda Guerra Mundial, com objectivos bélicos, que pretendia criar armas de guerra auto-reguladas que, partindo de um ponto distante, chegassem ao alvo com o máximo de precisão (Boscolo e Bertrando, 1996 *cit in* Alarcão, M., 2006).

O estudo dos sistemas de auto-relatos tinha permitido compreender que era por retroacção negativa que elas reduziam, ao mínimo, as perturbações exercidas pelo meio. A regulação possibilitada pela retroacção negativa, constitui, a ideia fundamental do que posteriormente se designou por primeira cibernética. A família no tempo da primeira cibernética e dos sistemas externamente auto-regulados era considerada como uma realidade objectivável e o seu observador era entendido como uma entidade neutra, capaz, com perícia e atenção, de descortinar as razões do seu funcionamento e provocar a mudança necessária para que o sistema pudesse retomar um desenvolvimento que a

crise tinha parado. O objectivo da primeira cibernética fixava-se por um lado, na previsão cuidadosa da forma como um sistema poderia opor-se à mudança se fosse anulada. Estavam criadas as condições para uma leitura mecanicista, ainda que circular, do funcionamento do sistema (Alarcão, M., 2006).

Segundo os autores Boscolo e Bertrando, 1996, a primeira cibernética considerava a família como um sistema que sujeito a perturbação modificava as suas condições o mais possível para torná-las semelhantes à sua condição inicial, mediante um conjunto de retroacções negativas (Alarcão, M., 2006).

No início dos anos 70, Von Foerster refere-se pela primeira vez à cibernética de segunda ordem, ou cibernética dos sistemas observantes, que se diferencia da anterior (cibernética de primeira ordem) pela inclusão do observador nos sistemas estudados. No fundo, o que ela visa é a aplicação a si própria dos princípios da cibernética. A cibernética de segunda ordem procura, para além de descrever os sistemas, descrever o que descreve os sistemas. Na base da mudança operada está a ideia de que não há um observado sem um observador e de que o resultado da observação é sempre uma construção resultante da interacção recursiva entre o que observa e o que é observado (Foerster, 1996, *cit in* Alarcão, 2006).

Segundo Maturana e Varela, 1980, a cibernética de segunda ordem, o sistema para além de além de ser entendido como globalidade que persegue uma finalidade através do jogo de processos de *feedback* determinantes da sua estrutura, é também visto como possuidor de autonomia e capacidade auto-organizativa (Relvas, 1999).

Diferenciando o sistema observador do sistema observado, a cibernética de primeira ordem caiu numa postura demasiado mecanicista. Os sistemas humanos ficaram demasiado semelhantes aos sistemas não humanos e despojados de algo que é essencial à sua existência e que define a sua própria complexidade – os significados da acção.

Enquanto processo de reflexão sobre o conhecimento (observador – participante ou sistema observante) do conhecimento (sistema observado), a cibernética de segunda ordem faz da recursividade uma norma, mostrando que a evolução faz-se em espiral e não tanto por um caminho linear. Para eles novos desenvolvimentos contribuiram os trabalhos de Von Forester, de Maturana e Varela, de Prigogine e Morin. Vão ser as ideias de Maturana e Varela que contribuíram decisivamente para a compreensão de como é que os sistemas se transformam, mantendo, contudo a sua personalidade. Assim, pode-se definir a família como um sistema auto-regulado que aceita um conjunto finito de transformações estruturais, conservando sempre a sua organização (Alarcão, M., 2006).

Segundo Relvas (1997:395) a família é entendida na sua complexidade como "um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interacções particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia".

2.4- Modelos Familiares

A terapia familiar desenvolveu-se nos EUA a partir dos anos 50, num contexto de mudança de paradigma, do pensamento analítico ao pensamento sistémico. (Morin, 1998 *cit in* Relvas, 1999). Mary Richmond, assistente social, foi a primeira autora da primeira descrição de uma interacção familiar, num caso publico em 1908 e que relatava a história de uma viúva com os seus 4 filhos (Sampaio e Gameiro, 1985).

Na década de 50, segundo Bateson em 1956, a interacção familiar é entendida como um processo patológico presente na etiologia da esquizofrenia, quando reduzida numa forma específica de comunicação designada dupla injunção ou dupla vinculação (double bind) (Relvas, 1999).

O doente é visto como um dos elos da cadeia interactiva disfuncional de um todo (perturbado), no qual se assume como portador do sintoma (paciente identificado-PI). A disfuncionalidade do "todo", ficar-se-ia a dever ao jogo de movimentos homeostáticos que o "todo" poria em marcha, com o objectivo da sua manutenção (Jackson, 1957; Palazzoli e cols. 1978 *cit in* Relvas, 1999).

Durante a evolução da terapia familiar houve influência de diversos factores:

- **Psicanálise** – até aos anos 40, o pensamento psicanalítico dominava tomadas de posição científicas. Segundo Freud, um analista não se deve ocupar de vários elementos da mesma família. Jung e Adler elaboraram teorias psicodinâmicas mais relacionadas com o tecido social. Rank teve mais em atenção ao que se passava na sessão entre analista e paciente, preocupado em limitar o tempo de intervenção com aspectos específicos da sua personalidade. Erich Fromm e Harry Stack Sullivan, 1974, desenvolveram novas discussões da psicanálise, preocupavam-se com a psicoterapia da esquizofrenia e com relações precoces mãe-criança (Sampaio e Gameiro, 1985).

- **Teoria Geral dos Sistemas** – foi buscar a noção básica desta teoria, isto é, a noção de sistema que se aplica tanto na compreensão da família como ao próprio processo terapêutico (Relvas, 1999).

- **Cibernética**- retirou os conceitos explicativos da regulação, funcionamento e evolução do sistema familiar (mecanismos de homeostase/*feedback* negativo e de morfogénese/*feedback* positivo), tanto no sentido da explicação da normalidade, como da patologia. O que implica que não haja diferença qualitativa entre normal e patológico (Relvas, 1999).

- **Teoria da Comunicação –** nomeadamente à vertente pragmática ecossitémica, vai buscar a grelha de análise para a compreensão e intervenção sobre o que se passa na família em termos de interacção, ou seja, nas relações entre os membros do sistema e deste com a sociedade (Relvas, 1999).

Em Portugal, a teoria familiar é introduzida por Eduardo Cortesão e Guilherme Ferreira. Pina Prata, em 1977, promoveu o I Encontro de Terapia familiar e em 1979 foi criada a Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, com objectivos de formação, investigação e prática clínica.

2.4.1- Modelo Estrutural

Salvador Minuchin, de origem Argentina radicou-se no EUA para trabalhar em Nova Iorque com delinquentes dos ghettos negros e porto-riquenhos (Benoit et al, 1988). Nos EUA especializou-se em psiquiatria infantil com Nathan Ackerman. Contudo foi no trabalho com os delinquentes que começaram a surgir famílias para atendimento (Nichols, M. e Schwartz, R., 2007). Em 1967, tornou-se Director da Philadelphia Child Guidance Clinic, onde trabalhou em colaboração com Jay Haley e Braulio Montalvo e desenvolveu a terapia estrutural. Importantes são as investigações e conceptualizações que levou a efeito sobre a dinâmica familiar na anorexia nervosa e doenças psicossomáticas.

Minuchin elaborou o corpo teórico do seu modelo, que se caracteriza pela aplicação da noção de estrutura ao grupo familiar, em estreita ligação com a noção de sistema. A estrutura familiar foi definida como um conjunto de exigências funcionais invisíveis que organiza as formas de interacção dos membros da família. Segundo Nichols, M. e Schwartz, R., 2007, a estrutura familiar refere-se ao padrão organizado em que os membros da família interagem. Como as transacções familiares se repetem, criam expectativas que estabelecem padrões duradoiros. Depois que os padrões são estabelecidos, os membros da família usam apenas uma fracção do leque completo de comportamentos disponíveis para eles. A estrutura familiar é reforçada pelas expectativas que estabelecem regras na família.

Esta conceptualização é complementada por uma esclarecedora dimensão operatória, de que a concepção e definição de mapa ou carta estrutural da família é exemplo. A normalidade e a patologia são abordadas em termos de funcionalidade e desenvolvimento, associando-se aos seus mecanismos de defesa (Relvas, 1999).

As famílias diferenciam-se em subsistemas baseados em geração, género e interesses comuns. Agrupamentos óbvios como os pais ou os filhos adolescentes são, às vezes, menos significativos que a colisões encobertas. Cada membro de família desempenha muitos papéis em vários subgrupos (Nichols, M. e Schwartz, R., 2007).

Em consequência desta abordagem, surgem outras noções importantes, a crise familiar e o sintoma. A crise familiar pode ser definida como evolução de um sistema e risco do seu funcionamento. A crise é necessária e pode surgir como reacção a pressões internas (exemplo: as fases de transição do ciclo vital ou as mudanças na história da família) ou pressões externas (mudanças que ocorrem na sociedade ou no contexto envolvente). Segundo Minuchin e Fishman, 1981, as crises implicam, mudanças estruturais na família e não ultrapassam com simples ajustes correctivos do seu funcionamento, tornando-se fundamental a flexibilidade e a adaptabilidade do sistema, com vista à reestruturação.

O sintoma ou problema apresentado pela família é o produto de uma organização estrutural disfuncional, sendo a tarefa do terapeuta dirigida à alteração dessa estrutura (Sampaio e Gameiro, 1985).

O sintoma é visto como uma consequência da incapacidade da família em progredir o seu desenvolvimento, o que exigiria a co-evolução dos seus membros. O conceito de limite (fronteira) permitiu a criação de uma tipologia familiar, na qual as famílias podem ser classificadas num *continuum* bipolar, que varia do aglutinamento ou emaranhamento à desagregação. As famílias aglutinadas possuem limites difusos entre os membros que não permitem a individualização e autonomia. Estes subsistemas fornecem um sentimento e amplo apoio mútuo, mas à custa de independência e da autonomia. Pais aglutinados/emaranhados são amorosos e atenciosos; passam muito tempo com os filhos e fazem muito por eles. Entretanto filhos aglutinados/emaranhados com os pais tornam-se dependentes. Sentem-se menos à vontade sozinhos e podem ter dificuldade em se relacionar com pessoas fora da família. as famílias desagregadas detêm limites rígidos, demasiado restritivos e que permitem poucas trocas afectivas (Nichols e Schwartz, 1998), resultando num desligamento. Estes indivíduos são independentes, mas isolados. As famílias desligadas precisam de chegar a um *stress* extremo antes de mobilizar a ajuda mútua (Nichols e Schwartz, 2007).

A família não disfuncional poder-se-á caracterizar por limites claros e premiáveis e pela capacidade de modificar a sua estrutura para se acomodar à mudança, o que se mantém rigidamente fixada na sua estrutura disfuncional (Nichols e Schwartz, 1998).

O objectivo da terapia estrutural é alterar a estrutura disfuncional de família através da criação pelo terapeuta, de um contexto que leva a família a organizar-se de modo diferente (Sampaio, Gameiro, 1985). Os terapeutas familiares estruturais acreditam que os problemas são mantidos por uma organização familiar disfuncional. Portanto, a terapia visa alterar a estrutura familiar, para que a família possa resolver os seus problemas (Nichols e Schwartz, 2007).

Uma avaliação estrutural baseia-se na suposição de que as dificuldades da família se reflictam, por regra na maneira pela qual esta se encontra organizada. Supõe-se que se a organização mudar, o problema também muda. Os terapeutas estruturais fazem a avaliação primeiro reunindo-se à família com o objectivo de criar uma aliança e depois colocam a família em movimento com o uso de encenações, diálogos na sessão que permite ao terapeuta observar como os membros da família realmente interagem. A melhor forma de efectuar uma avaliação é focalizar o problema apresentado e explorar a resposta da família a ele (Nichols e Schwartz, 2007).

Em geral, a terapia familiar estrutural (Sampaio e Gameiro, 1985 *cit in* Relvas, 1999) segue um grupo de técnicas que correspondem a fases do processo terapêutico. A primeira fase considerada por *joining* ou fase de contacto inicial ou união e acomodação com a família que consiste em: a maioria dos elementos da família desconhecem o modo como vai decorrer a sessão e estão numa posição de desconfiança, assim o terapeuta não deve ser muito intrusivo, forçando o grupo familiar a executar acções que estão fora do seu quotidiano. Nesta primeira fase existem três técnicas específicas:

1- O terapeuta deve seguir as pistas fornecidas pela família (adopção dos símbolos da vida familiar);
2- Acomodação (o terapeuta aceita os canais de comunicação apresentados pela família, relaciona-se de acordo com os padrões de transacção da família);

3- Mimetismo (o terapeuta deve-se tornar semelhante à família, fazendo comunicações que não a hostilizam).

Na segunda fase da terapia, é considerada como fase do desvio do sintoma ou encenação, que consiste na procura de uma redefinição do problema, enquadrando-o numa perspectiva diferente. É necessário mostrar aos seus clientes uma nova visão das questões que passa pelo envolvimento e responsabilidade de todos os procedimentos:

- Focagem (focar a atenção num determinado ponto e escolher entre as questões apresentadas, aquelas que irá salientar em primeiro lugar);
-Aumento da intensidade (a família normalmente não aceita totalmente o foco escolhido, continuando a apresentar problemas. O terapeuta terá de aumentar a intensidade de um objectivo).
- Demonstração (o terapeuta observa a família, depois faz a família "dançar" como ele quer e por último sugere novas formas de "dançar").

A terceira fase da terapia é a fase do desvio à estrutura ou mapeamento comportamental, que tem por objectivo desafiar a definição familiar de papéis e funções. Nesta fase existem duas técnicas importantes:

-Criação de limites (delimitação entre três ou mais pessoas, tornando claras as alianças e coligações. Os elementos da família deverão encontrar solução para os seus problemas dentro do próprio subsistema).
-Desequilíbrio do sistema (pretende-se mudar a relação hierárquica dos membros de um subsistema, através de manobras tácticas como a de ignorar um elemento da família ou entrar em coligação contra certos membros).

A quarta fase designa-se por fase de desafio à realidade familiar ou focalização e modificações de interacções, onde o terapeuta procura seleccionar da própria cultura familiar, as metáforas que simbolizam a sua realidade estrita, usando-as como direcção de mudança.

A última fase, a quinta é considerada a de reestruturação ou criação de fronteiras, onde se procura a recomposição do sistema e modificação estrutural. O terapeuta deve possibilitar a construção pela família, de um novo padrão estrutural, de forma que a família procure solucionar os conflitos implícitos e que bloqueie os padrões transaccionais patológicos.

Para os autores Nichols e Schwartz, 2007, existem mais duas fases importantes de referir, a sexta fase, considerada como desequilíbrios. Ao criar fronteiras, o terapeuta quer realinhar relacionamentos entre subsistemas. Ao criar desequilíbrio, quer mudar o relacionamento dentro do subsistema, assim o terapeuta une-se a um indivíduo ou subsistema que o apoie, à custa de outros. O terapeuta toma partido com o objectivo de desequilibrar e realinhar o sistema. Por último, a sétima fase, desafiar suposições improdutivas que consiste em, desafiar a forma como a família vê as coisas. Ao mudar a maneira de eles se relacionarem oferece visões alternativas da sua situação.

Minuchin e Fishman, 1981 afirmam que a formação em terapia familiar deve ser um modo de ensinamento de técnicas cuja essência é serem dominadas. O papel do terapeuta fica completo quando se acrescenta uma característica importante – a directividade – pois este terapeuta assume-se como líder do processo e responsável pela promoção da mudança na família. O terapeuta dá directivas e alia à acção a utilização do espaço (Relvas, 1999).

2.4.2- Modelo Estratégico

As abordagens dominantes da década de 90, elevaram a cognição acima do comportamento e estimularam os terapeutas a serem colaboradores e não manipuladores. Em vez de tentar resolver problemas e provocar mudanças, os terapeutas começaram a reforçar solução e inspirar mudanças (Nichols e Schwartz, 2007).

A terapia estratégica surgiu da teoria da comunicação no projecto de Bateson sobre esquizofrenia, que evolui para três modelos distintos: Modelo de terapia breve do MRI (Mental Research Institute), terapia estratégica Haley e Madanes e Modelo Sistémico de Milão.

Jay Haley utilizou pela primeira vez o termo “estratégico” para descrever qualquer forma de terapia em que o terapeuta de um modo activo, elabora intervenções dirigidas à resolução de problemas (Sampaio e Gameiro, 1985).

Numa época em que se considerava a terapia como uma proposição trabalhosa de longo prazo surgiu Erickson, hipnoterapeuta, acreditava que as pessoas podiam mudar subitamente e tornou a terapia o mais breve possível. Muitas das técnicas paradoxais surgiram quando Erickson efectuou técnicas de hipnoterapia para usar a resistência vantajosamente (Haley, 1981). Don Jackson fundou, o MRI em 1959, esta abordagem era activa e focalizada para o sintoma apresentado e limitada a 10 sessões. Haley e Mandanes, fundaram em 1976 o Family Therapy Institut.

Outro aspecto importante no modelo estratégico, é a posição epistemológica que é expressa em quatro aspectos fundamentais:

1) A importância da comunicação, os paradoxos da comunicação e os seus efeitos sobre os comportamentos merecem um destaque particular (Watzlawick, Beavin e Jackson 1972). Watzlawick et al., 1972, tentaram desenvolver o cálculo da comunicação humana, que apresentaram como axiomas sobre as implicações da conversação. O primeiro axioma é que as pessoas estão sempre a comunicar. O segundo axioma, todas as mensagens têm função de relato e de comando (Ruesch e Bateson, 1951, *cit in* Nichols e Schwartz, 2007). O relato ou conteúdo de uma mensagem transmite informações, enquanto o comando é uma afirmação sobre a definição do relacionamento.
2) A componente estratégica, onde o terapeuta define objectivos claros que incluem a resolução do problema apresentado. É colocada ênfase no desenho de uma estratégia para cada problema específico (Madanes, 1990).
3) É uma teoria de mudança baseada nos tipos lógicos de Russell, mudança 1 e mudança 2. Na maioria das famílias, existem regras silenciosas que governam todo o tipo de comportamento. Quando uma regra promove soluções rígidas não é apenas o comportamento, mas a regra que precisa de mudar. Quando um só comportamento específico de um sistema se modifica, esta é uma mudança de primeira ordem, em

oposição à mudança de segunda ordem, que ocorre quando as regras do sistema mudam (Watzlawick, 1974, *cit in* Nichols e Schwartz, 2007).

4) O terapeuta tem um papel directivo, e considerado um "agente de mudança" e responsável pela promoção da estratégia planificada com vista à resolução dos problemas (Relvas, 1999).

Haley: "Podemos dizer que uma terapia é estratégica quando o técnico provoca o que se passa no decurso da terapia e prevê uma abordagem particular para cada problema. Quando o terapeuta e alguém que tem um problema se encontram, o mecanismo posto em jogo é determinado pelos dois, mas é o terapeuta quem, em grande parte, toma iniciativa" (Haley, 1984:21).

Andolfi (1981) considera que o sistema familiar é tanto mais rígido quanto mais for incapaz de encontrar novo equilíbrio aquando da variação do seu ciclo vital. Quando o terapeuta tenta intervir num sistema rígido tem que ter presente que a sua entrada é considerada ameaçadora para a homeostasia do sistema, pelo que o seu sistema retroage de modo a reforçar a sua estabilidade. Este acesso às famílias caracteriza-se por grande clareza e didactismo, os conceitos de homeostasia e transformação utilizados pelo grupo de Andolfi têm recebido críticas (Sampaio e Gameiro, 1985).

O modelo estratégico é considerado segundo Relvas, 1999, mais uma prática do que uma teoria familiar, mas é também uma teoria de mudança. Esta teoria postula que os sistemas estão em mudança permanente e que é aqui que se situa a génese dos problemas. O sintoma surge quando a família fica bloqueada no seu processo evolutivo, quando perante as dificuldades utiliza a mudança 1, como tentativa de as ultrapassar, instalando-se um jogo transaccional que tem como efeito a manutenção do problema. O terapeuta terá de identificar o problema e fazer o seu reenquadramento para depois provocar a mudança 2 que quebre o jogo transaccional que o mantém (fase activa ou segunda fase da terapia). Na mudança tipo 2, o terapeuta utiliza uma metodologia que pressupõe algumas regras, procurar o "como" do problema, deixar o "bom-senso" e romper o jogo transaccional.

Existem três explicações básicas de como os problemas se desenvolvem nos modelos estratégicos. A primeira forma é a cibernética, onde as dificuldades são transformadas em problemas crónicos, por soluções mal orientadas, criando escaladas de *feedback* positivo. A segunda forma de explicação é estrutural, onde os problemas são resultado de hierarquias incongruentes. A terceira explicação é funcional, onde os problemas surgem quando as pessoas tendem a proteger-se ou a controlar-se de forma exagerada, de modo que os seus sintomas têm uma função no sistema. O Grupo MRI limita-se à primeira explicação, enquanto Haley e grupo de Milão adoptaram todas as três explicações.

Objectivos da terapia estratégica:

Os terapeutas MRI ajudam as famílias a estabelecerem objectivos claros e definidos, de modo que todos saibam quando o tratamento teve sucesso. Este modelo é comportamental nos seus objectivos e evita especular a respeito de intenções intrapsíquicas. A meta imediata é mudar as respostas comportamentais das pessoas aos seus problemas. Os terapeutas MRI tentam interromper os ciclos viciosos de *feedback*. Para obter essa mudança comportamental, podem tentar reenquadrar o problema e, neste sentido, introduziu um elemento cognitivo, mas qualquer mudança cognitiva ainda está a serviço do objectivo principal de mudar o comportamento.

A abordagem de Haley também é comportamental, minimiza a importância do *insight*. O objectivo de Haley é a reorganização estrutural da família em especial da sua hierarquia e fronteiras geracionais.

O trabalho realizado pelo Grupo de Milão foi bastante influenciado pelos modelos do MRI e de Haley. O grupo de Milão expandiu a rede de pessoas envolvidas na manutenção do problema, mas ainda estavam interessados em encontrar maneiras de interromper os jogos familiares. São consideradas técnicas menos comportamentais e planeadas para expor os jogos e reenquadrar motivos de comportamentos estranhos.

Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra e psicanalista infantil de nacionalidade italiana, fundou em 1968 o centro de estudo da família, juntamente com os seus colegas Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin e

Luigi Boscolo. Esta autora interessou-se pelo tema de anorexia nervosa a partir da Segunda Guerra Mundial e descontente com o fracasso de uma abordagem individual de tratamento, a autora interessou-se pelas ideias de Don Jackson e de Gregory Bateson. Desenvolveu, assim, uma abordagem própria para trabalhar com estas famílias.

Palazzoli e os seus colaboradores, acima referidos, formaram a escola de Milão e desenvolveram o chamado "Modelo de Milão" (Nichols e Schwartz, 1998). Este grupo colocava em prática ideias desenvolvidas a partir do trabalho com um membro esquizofrénico ou anoréctico que designavam como "famílias de transacção esquizofrénica" (Jones, 1999).

O grupo de Milão desenvolveu a ideia de "double bind" terapêutico, chamando-lhe contraparadoxo. No que diz respeito aos paradoxos, o grupo mostrou como a família de transacção esquizofrénica mantém o seu jogo através de uma rede intrincada de paradoxos que só pode ser desfeita por contraparadoxos no contexto de terapia (Sampaio & Gameiro, 1985).

No inicio do seu trabalho, o grupo de Milão entrevistava as famílias com dois terapeutas de sexo diferente, enquanto os outros dois elementos do grupo observavam através do espelho unidireccional. Os observadores e os entrevistadores trocam impressões algumas vezes durante as sessões e sempre antes do fim, altura em que se dá uma discussão da situação terapêutica por toda a equipa. Os terapeutas entram de novo para terminar a sessão, habitualmente sobre a forma de uma prescrição, comentário ou ritual, muitas vezes sob a forma escrita. A equipa deve partir para a sessão com uma hipótese elaborada a partir dos dados fornecidos pela família quando solicita a intervenção. A hipótese tem de ser circular e relacional, de forma a ligar todos os elementos da família de um modo sistémico (Sampaio & Gameiro, 1985).

2.4.3- Modelo Transgeracional

Esta perspectiva tem a sua raíz em factos passados que constituem a história natural da família e que são transmitidos de geração em geração. É uma análise de transmissão da cultura familiar no seu sentido lato, de uma geração para a outra, englobando os padrões, estilos, costumes, seguidos

de mitos e problemas que determinam o carácter único de uma família (Lieberman, 1979 *cit in* Sampaio & Gameiro, 1985).

A perspectiva multigeneracional de Murray Bowen, procura a delimitação sistemática de uma teoria sobre o funcionamento emocional da família. Bowen não considera a terapia terminada quando o problema que trouxe a família à consulta se encontra resolvido, pelo que a acção terapêutica deverá continuar até que cada elemento da família adquira um *self* com autonomia e maturidade (Sampaio e Gameiro, 1985). Segundo Bowen, os relacionamentos humanos são impulsionados por duas forças de vida que se equilibram: individualidade e proximidade (Nichols e Schwartz, 2007).

A teoria boweniana segue estritamente o paradigma sistémico, entendendo que é importante compreender o indivíduo através da forma como se posiciona e relaciona no sistema, o que a opõe às teorias individuais, apesar de centrar o seu interesse no próprio indivíduo. A preocupação de Bowen é o estudo do fenómeno humano. A sua teoria descreve de que forma a família, como uma rede multigeracional de relacionamentos, molda a interacção entre a individualidade e a proximidade, a partir de seis conceitos interligados (Friedman, 1991).

A sua teoria abrange as relações do indivíduo consigo próprio, a família nuclear, as famílias de origem até à sociedade. Os indivíduos constituem uma unidade biopsicológica com dois pólos: o factor emotivo, é constituído pela parte íntima do passado psicogenético do indivíduo e o factor intelectual, os quais podem estar mais ou menos diferenciados. Ainda segundo Bowen, os indivíduos estão ainda sujeitos a outras duas formas opostas, uma no sentido de individualização e outra no sentido de vinculação ou ligação aos outros e ao grupo, fusão. Do equilíbrio entre as duas polaridades e do grau de diferenciação verificado entre aulas e no interior de cada uma, resulta a saúde ou doença mental, esta última ligada à fusão (Relvas, 1999).
Na tentativa de objectar a sua teoria de modo a torná-la mais utilizável do ensino e treino de terapeutas familiares, Bowen delimitou oito conceitos fundamentais:

1- Diferenciação do *Self* – é um conceito simultaneamente intrapsíquico e interpessoal. É a capacidade de pensar e reflectir, de não responder automaticamente a pressões

emocionais internas e externas (Kerr e Bowen, 1988 *cit in* Nichols e Schwartz, 2007). É a capacidade de ser flexível e agir sabiamente, mesmo com ansiedade. Este conceito distingue 2 tipos de pessoas, os indivíduos com fusão emocional intensa (baixo nível de diferenciação do *self* em que a vida é dominada pelo sistema emocional) e os indivíduos com baixa fusão emocional (alto nível de diferenciação do *self*, em que o nível emocional e o intelectual surgem distintos) (Sampaio e Gameiro, 1985). A individuação ou diferenciação do indivíduo permite desenvolvimento da autonomia e capacidade para funcionar dentro das relações, sem se sentir responsável pelos outros, nem controlado ou prejudicado por eles (Paul, 1981 *cit in* Williamson et al 1991). Guerin, 1987, define diferenciação como o processo de se libertar parcialmente do caos emocional da própria família libertar-se envolve analisar o próprio papel como um participante activo no sistema de relacionamento, em vez de culpar o medo, excepto a si mesmo, pelos problemas (Guerin, Fay, Burden & Kautto, 1987).

2- Conceito de triangulação – a triangulação leva a situações disfuncionais na medida em que fornece estabilidade através de uma via lateral e não pela resolução de conflitos (Sampaio & Gameiro, 1985). Segundo Guerin, 2002, no processo de triangulação, a terceira pessoa, que se tornou sensível à ansiedade de um casal, entra em cena para acalmar a situação.

3- Processo emocional da família – é postulado que descreve os padrões de funcionamento emocional na geração parental de uma família nuclear. Refere-se às interacções entre os parceiros sexuais que estabelecem uma relação duradoira, a partir de uma escolha de dois indivíduos com níveis semelhantes de diferenciação. Este conceito trata das forças emocionais na família que operam ao longo dos anos em padrões recorrentes. Bowen, originalmente empregou o termo massa de *ego* familiar indiferenciada para descrever um excesso de reactividade emocional, ou fusão, na família (Nichols & Schwartz, 2007).

4- Processo de projecto familiar – este processo tem de ser elaborado pelos dois elementos da díade conjugal. A fusão emocional num casal cria tensão que leva a conflitos e distância emocional. O objecto desse processo de projecção atinge a menor diferenciação do *self* e

torna-se mais vulnerável a problemas. Esses processos emocionais na família são uma influência importante sobre a capacidade do indivíduo se adaptar a outros factores que precipitam disfunção (Nichols & Schwartz, 2007).

5- Processo de transmissão multigeneracional – postula a passagem do processo de projecção familiar de geração em geração e aplica-se à transmissão dos níveis de diferenciação.

6- Corte emocional – Descreve o modo como o individuo se afasta dos seus pais para começar uma nova vida com os indivíduos da sua geração. Este conceito diz respeito também a certas regras que governam a ligação entre os membros das diferentes gerações na família. Quanto maior a fusão emocional entre pais e filhos maior é a probabilidade de rompimento.

7- Posição na fratria – este postulado diz que as características da personalidade são devidos à posição na fratria em que se nasce e se é educado. Bowen concorda com a noção de que os filhos desenvolvem características de personalidade seguindo a posição na família.

8- Regressão social – postula que a fusão (pólo oposto da diferenciação, que se refere à forma como os indivíduos se mantêm presos uns aos outros nas relações, comportando-se, pensando e sentido uns pelos outros (Paul, 1981 *cit in* Williamson *et al*, 1991). Entre os sistemas intelectual e emocional que ocorre no individuo pode ocorrer na sociedade. Assim, a ansiedade crónica numa sociedade leva a que sejam tomadas decisões cada vez mais baseadas na emoção, levando a uma situação de regressão social (Sampaio & Gameiro, 1985).

Segundo White, 1983, todas as famílias possuem um sistema de crenças que incorpora valores, costumes, prescrições de papéis específicos e regras e atitudes no que respeita às relações entre os seus membros.

Para Bryng-Hall (1988) o sistema de crenças familiares pode ser definido como o conjunto de imagens do modelo, aceites por toda a família como representando cada um dos membros, o que lhe permite serem distribuídos por papéis e atribuições específicas.

O autor Corigliano, 1999, refere que, de geração em geração, os membros da família vão organizando a continuidade da cultura do seu grupo familiar e, se, por um lado o sistema de crenças pode desempenhar uma função importante como instrumento de defesa em momentos de crise, por outro lado, pode ele próprio perpetuar, nas situações patológicas um funcionamento traumatogénico para o indivíduo.

Um outro conceito neste modelo é o conceito de lealdade transgeracional, que é importante para a compreensão da repetição de padrões ao longo das gerações e desenvolvimento de comportamentos disfuncionais na família. Os autores Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973, referem o conceito de lealdades invisíveis, que se designam por ordens que operam a um nível inconsciente, mas que moldam e dirigem o comportamento dos indivíduos. As lealdades reflectem a tentativa de retribuir alguma gratidão à família. Um conceito relacionado é o de lealdade dividida, que ocorre quando o indivíduo se vê envolvido num triângulo relacional conflituoso, no qual não ser leal a uma pessoa é o preço para ser leal a outra. No pólo oposto a este conceito surge o conceito de ética relacional que se refere a um equilíbrio e justiça entre as pessoas, no sentido de um equilíbrio geral a longo-termo entre os membros da família (Boszormenyi-Nagi & Ulrich, 1981 *cit in* Williamson & Bray, 1991).

O processo terapêutico, deste modelo, assenta em técnicas que, mantendo um grau reduzido de tensão (angústia), têm como objectivo promover a diferenciação, como acontece com a compreensão do genograma familiar (McGoldrick & Gerson, 1987, *cit in* Relvas, 1999).

Segundo Bowen, a redução da ansiedade é importante, pois permite a análise objectiva do funcionamento do sistema pela própria família. A terapia pode ser realizada com um indivíduo, com um casal ou com um casal e alguns elementos das famílias de origem. O papel do terapeuta é semelhante ao de um treinador que orienta os movimentos terapêuticos de reconhecimento familiar,

implica que tenha que se manter diferenciado em relação ao sistema em terapia e à sua própria família, através da manutenção de um "I-position" (posição-eu) (Bowen, 1998 *cit in* Relvas, 1999).

2.4.4- Modelo Experiencial

As terapias expressivas enfatizam a experiência do aqui e agora. Ao focar mais a experiência emocional do que a dinâmica da interacção, os terapeutas experienciais pareciam estar em descompasso com a restante terapia familiar (Nichols & Schwartz, 2007).

Dois autores se destacaram no desenvolvimento desta terapia: Carl Whitaker e Virgínia Satir. Carl Whitaker utilizou uma abordagem intuitiva e livre para despertar os membros da família para os seus medos internos. Virgínia Satir estava mais interessada em ajudar os membros da família a conectarem-se.

A terapia familiar experiencial baseia-se na premissa de que a causa fundamental dos problemas familiares é a supressão emocional. Enquanto os terapeutas sistémicos vêem as raízes do comportamento sintomático nas interacções familiares, os experiencialistas vêem essas interacções como o resultado da ligação superficial dos membros da família com as projecções das defesas dos outros. Nessa perspectiva, as tentativas de provocar mudanças positivas nas famílias terão maior probabilidade de sucesso se os membros da família entrarem em contacto, em primeiro lugar, com os seus reais sentimentos. Assim, a terapia experiencial trabalha de dentro para fora – ajuda os indivíduos a descobrirem as suas emoções verdadeiras e depois consolidam os laços familiares mais genuínos a partir dessa autenticidade.

A premissa subjacente da terapia familiar experiencial é que a maneira de promover o crescimento individual e a coesão familiar consiste em libertar afectos e impulsos. Os terapeutas experienciais aderem à "fé" humanista na sabedoria natural das emoções honestas. Deixadas livres, as pessoas tendem a florescer. Os problemas surgem porque esta tendência inata para a auto-realização entra em choque com as pressões sociais (Rogers, 1951 *cit in* Nichols & Schwartz, 2007). A sociedade impõe a repressão para dominar os instintos das pessoas e adequa-los à vida em grupo. Contudo o

auto-controlo é obtido à custa de epressão excedente" (Marcuse, 1955, *cit in* Nichols & Schwartz, 2007).

As famílias têm tendência a aumentarem os seus próprios controlos para obter a tranquilidade familiar, perpetuando assim os mitos obsoletos sobre a família utilizando a mistificação (Laing, 1967 *cit in* Nichols & Schwartz, 2007).

Segundo Virgínia Satir, 1972, os terapeutas experienciais descrevem a família como o lugar com o objectivo de partilhar experiências. As famílias funcionais são suficientemente seguras para apoiar e encorajar uma grande variedade de experiências; as famílias disfuncionais são normalmente cruéis.

Numa perspectiva experiencial a supressão dos sentimentos, a negação dos impulsos e das raízes, são raízes dos problemas familiares (Kaplan & Kaplan, 1978). Virginia Satir, enfatizou o papel da comunicação desestruturada na asfixia dos sentimentos e disse que havia quatro maneiras desonestas de comunicação entre as pessoas:

- Culpar;
- Aplacar;
- Ser impertinente;
- Ser muito razoável

Se as pessoas se sentem mal consigo mesmas, é difícil falar a verdade sobre os sentimentos. Na teoria familiar experiencial, o alívio dos sintomas é secundário ao aumento da integridade pessoal e à expansão das experiências (Malone Whitaker, Warkentin & Felder, 1961).

Quando os métodos experienciais são aplicados ao sistema familiar, o objectivo de crescimento individual funde-se ao objectivo de fortalecer a unidade familiar. Segundo Whitaker, o crescimento pessoal requer integração familiar e vice-versa.

A maioria das abordagens tem o objectivo de ajudar os membros da família a falarem uns com os outros sobre o que está na sua mente, mas isso só significa que vão partilhar o que têm,

consciência de estarem a sentir.

Segundo Walter Kempler, 1968, na terapia experiencial não existem técnicas, apenas pessoas. Para promover a abertura nos seus pacientes, o terapeuta precisa ele próprio de ser aberto. O terapeuta deve ser extremamente activo e alguns utilizam várias técnicas evocativas.

Alguns utilizaram meios estruturados, como a escultura familiar e a coreografia para estimular a intensidade afectiva na terapia; outros como Virginia Satir e Carl Whitaker, confiam na espontaneidade de apenas serem quem são (Kempler, W., 1968).

Esta abordagem experiencial ajuda as pessoas a abandonarem as suas defesas e conviverem com maior imediação e autenticidade. Dada o ênfase da terapia familiar no comportamento e na cognição, o esforço para ajudar os clientes a descobrirem o lado sentimental da sua experiência. Mais recentemente, em 1982, Mahrer sugeria que se estudasse o resultado "dentro" da terapia, ou seja, os tipos de intervenção produzem os resultados desejados (expressão emocional, comunicação mais aberta) dentro das sessões.

A terapia experiencial trabalha com o objectivo de fortalecer as famílias na auto-expressão individual, revertendo a direcção habitual do efeito na terapia familiar. Este modelo foi perdendo popularidade na década de 80, contudo está novamente a surgir, mais concretamente na terapia de casal com foco emocional e na abordagem familiar sistémica interna (Johnson, 1998).

2.4.5- Modelo Psicodinâmico

A maioria dos pioneiros da terapia familiar como Ackerman, Murray Bowen, Ivan Boszormenyi-Nagy, Carl Whitaker , Don Jackson e Salvador Minuchin tinham formação psicanalítica. Contudo foram-se afastando da psicodinâmica e procuraram a dinâmica dos sistemas. Alguns continuaram com influências fortes da psicanálise.

Segundo Burlingham, 1951 (*in* Nichols & Schwartz, 2007) os psiquiatras infantis fizeram enormes avanços no entendimento da dinâmica familiar, ao estudar as mães, os filhos e a sua relação.

De 1930 a 1950, os pesquisadores psicanalíticos passaram a interessar-se mais pela família contemporânea. O trabalho de Bowen sobre a diferenciação do *self* e a teoria interpessoal de Harry Stack Sullivan foram muito importantes, pois enfatizavam o papel da mãe na transmissão da ansiedade para os filhos. Nos anos 50, a psicanálise foi dominada pela psicologia do Ego, que até aí, dava mais enfoque às estruturas intrapsíquicas na teoria das relações objectais. Nos anos 60, Dicks (1967) aplicava a teoria das relações objectais ao entendimento e tratamento dos conflitos conjugais. Nas décadas seguintes muitos foram os autores que se dedicavam à teoria psicanalítica, sendo eles: Helm Stierlin em 1977, Robin Skinner, 1976, William Meissner, 1978, Michael Nichols, 1987, entre outros (Boszormenyi-Nagy, 1987).

O modelo psicanalítico tem como formulação teórica, o descobrir e interpretar impulsos inconscientes e defesas contra eles. A ideia é saber para onde olhar e assim descobrir os desejos e medos básicos que impedem os indivíduos de terem uma vida normal.

Segundo Freud, a natureza humana é constituída por pulsões sexuais e agressivas. O equilíbrio dos conflitos pode ser alterado de duas formas: podemos fortalecer as defesas contra os próprios impulsos ou relaxá-las para permitir uma certa gratificação. Sendo a psicanálise o estudo do indivíduo e dos seus motivos mais profundos, a terapia familiar é o estudo das relações sociais, então a ponte entre estas duas teorias é potencialmente, a teoria das relações objectais. Esta teoria tem como essência: os relacionamentos entre os indivíduos têm como base as expectativas criadas pelas experiências iniciais internalizadas. O resíduo destes relacionamentos iniciais deixa como legado os objectos internos – imagens mentais do *self* e dos outros (Nichols & Schwartz, 2007).

Para além de Freud, outros autores se destacaram, como é o caso de Melanie Klein, em que a sua teoria desenvolveu-se após observação dos relacionamentos do bebé com o seu primeiro objecto significativo ou seja, a mãe. Margaret Mahler, descreveu o processo de separação-individuação, após a observação de crianças pequenas. Outro autor, Harry Sullivan, interessou-se pela

importância das primeiras interacções mãe-criança, concluindo que quando a mãe é uma mãe cuidadora e carinhosa a criança sente-se bem, quando existe uma mãe que abandona ou rejeita, a criança sente-se mal e quando a criança se encontra exposta a dor extrema, ela dissocia para fugir a intensa ansiedade a que está sujeita, pois seria uma situação insuportável.

Quanto ao relacionamento familiar "normal", segundo o modelo psicanalítico, a contribuição mais significativa encontra-se no trabalho de Daniel Stern, 1985. Stern observou e estudou detalhadamente crianças pequenas e bebés, chegando à conclusão que o desenvolvimento infantil não é um processo gradual, mas sim, um processo em que os bebés se diferenciam quase desde o nascimento e depois progridem na sua complexidade de relacionamento. Para Stern, as necessidades de afecto, empatia, apego e dependência acompanham o bebé durante toda a sua vida. Assim, podemos dizer que segundo Stern, se os pais de uma criança conseguirem transmitir harmonia, felicidade e amor, a família será equilibrada.

Ackerman, 1966, tinha como objectivo entrar nas defesas das famílias, com o intuito de expor os conflitos agressivos e sexuais. Este autor relacionava-se com a família de uma forma muito pessoal, para que haja contacto emocional significativo com a família. Empregava, por diversas vezes, técnicas confrontativas para expor os conflitos familiares e assim criar mudanças na família.

Para Nichols & Schwartz, 2007, o objectivo da terapia familiar psicanalítica é libertar os membros da família de qualquer limitação inconsciente, para que possam interagir como indivíduos sadios. Contudo esta tarefa não é fácil de concretizar e quando as famílias estão motivadas apenas para aliviar os sintomas, o terapeuta deve respeitar e apoiar a sua decisão de terminar o tratamento. Estes terapeutas, concentram-se mais em apoiar defesas e esclarecer a comunicação. É de referir que inicialmente, os terapeutas psicanalíticos encontravam-se na linha da frente para praticar a terapia familiar, contudo, quando começaram a estudar e tratar famílias, a maioria desses terapeutas mudou de ideias e trocou a teoria profunda pela teoria dos sistemas.

2.4.6- Modelo Cognitivo-Comportamental

Ivan Pavlov é um dos pioneiros da terapia do comportamento com o seu trabalho sobre os reflexos condicionados que levou ao desenvolvimento do condicionamento clássico.

Watson utilizou o condicionamento clássico para induzir experimentalmente uma fobia no "pequeno Albert" (Jones, 1924 *cit in* Nichols & Swartz, 2007). Contudo foi Skinner que influenciou de forma acentuada a terapia familiar comportamental com o condicionamento operante, que consistia em respostas voluntárias em oposição a reflexos involuntários.

As respostas que são positivamente reforçadas serão repetidas mais frequentemente, as que são punidas ou ignoradas serão extintas. O condicionador operante observa o comportamento alvo e então quantifica a sua frequência e qualidade. Para completar a análise funcional do comportamento, são anotadas as consequências dos comportamentos com o objectivo de determinar as contingências de reforço.

Gerald Patterson é considerado a figura mais influente no desenvolvimento do treino comportamental para os pais. Outra figura importante foi Robert Liberman, que descreveu a aplicação de uma estrutura de aprendizagem operante aos problemas familiares de quatro pacientes adultos com depressão, dores de cabeça intratáveis, inadequação social e conflitos conjugais, no seu artigo de 1970 "Behavioral approaches to family and couple therapy". Liberman também introduziu o uso do ensaio de papel e da modelagem na terapia familiar (Arrington, A. Sullaway, M. & Christensen, A., 1988).

Richard Stuart, 1969 descreveu o contrato de contingências. Stuart concentrava-se em como o intercâmbio de comportamentos positivos poder maximizado com o uso de reciprocidade de reforço.

Mais recentemente, houve uma aproximação entre os modelos de estímulo-resposta e as teorias cognitivas. A terapia cognitivo-comportamental refere-se às abordagens inspiradas no trabalho

realizado de Ellis e de Beck. Essas teorias pretendiam enfatizar a necessidade de uma mudança de atitude para promover e manter a modificação de comportamento.

A premissa principal da terapia comportamental é que o comportamento é mantido pelas suas consequências. Estas consequências que aceleram os comportamentos são chamadas de reforçadoras enquanto aquelas que desaceleram são conhecidas como punitivas. A extinção ocorre quando nenhum reforço se segue a uma resposta.

À medida que os terapeutas comportamentais transferiram a sua atenção dos indivíduos para os relacionamentos familiares, adoptaram a teoria do intercâmbio social de Thibaut e Keller (1959), segundo a qual os indivíduos tentam maximizar as "recompensas" e minimizar os "custos" nos relacionamentos (*in* Nichols & Schwartz, 2007).

Sendo assim, o objecto da terapia comportamental é modificar os padrões específicos de comportamento para aliviar o problema apresentado. O terapeuta comportamental adapta o tratamento a cada caso, mas a intenção é terminar com os comportamentos indesejados e reforçar as alternativas positivas (Azrin, Naster & Jones, 1973).

A terapia familiar cognitiva seguiu primeiro como um suplemento da abordagem comportamental e depois como um sistema de intervenção mais abrangente.

Para esta teoria, os relacionamentos, as cognições, as emoções e os comportamentos familiares são vistos como se exercessem uma influência mútua sobre os seus membros, de modo que uma interferência cognitiva pode provocar emoções e comportamentos, e emoções e comportamentos podem influenciar a cognição (Nichols & Schwartz, 2007).

A terapia cognitivo-comportamental nas famílias é também compatível com a teoria sistémica e inclui a premissa de que os membros de uma família são simultaneamente influenciadas e influenciam-se. Sendo assim, o comportamento de um membro da família desencadeia

comportamentos, cognições e emoções nos outros membros da família, que por sua vez originam cognições, comportamentos e emoções reactivas nos membros da família original.

O objectivo inicial na abordagem cognitiva é ajudar cada membro da família a aprender a identificar os pensamentos automáticos que passam pela sua cabeça. Essa necessidade de identificar os pensamentos automáticos é que eles podem reflectir esquemas subjacentes que podem ser inadequados (Nichols & Schwartz, 2007).

É importante referir que os comportamentos raramente tratam a família inteira. Em vez disso, atendem apenas aqueles subsistemas que consideram centrais o comportamento - alvo. Apesar disso a terapia cognitivo-comportamental oferece técnicas excelentes para tratar problemas em crianças e conflitos em casais.

2.5- Modelo Estrutural e a Anorexia Nervosa

Os trabalhos realizados por Minuchin, sobre anorexia nervosa surgem no contexto da pesquisa de um modelo eficaz para o tratamento de crianças psicossomáticas. Minuchin e colaboradores em 1978, distinguiram as doenças psicossomáticas "primárias" e as doenças psicossomáticas "secundárias". As primeiras, têm como exemplo a diabetes ou a asma, onde a disfunção fisiológica já se encontra presente, o elemento psicossomático reside na exacerbação emocional do sintoma já existentes. Nas doenças psicossomáticas "secundárias" não existe nenhuma disfunção física predisponente. Assim, na anorexia nervosa, o elemento psicossomático é manifestado pela transformação dos conflitos emocionais em sintomas somáticos (Minuchin e *cols*, 1978).

Minuchin, verificou que existiam determinados padrões transaccionais que eram comuns nas famílias destas crianças e por esse motivo desenvolveu um modelo clínico aplicável às "famílias psicossomáticas" (Relvas, 1999). Salvador Minuchin desenvolveu uma metáfora central e organizadora que denominou de estrutura familiar, tendo por base o conceito de fronteiras, subsistemas e relações interpessoais.

A estrutura familiar foi definida, como "o conjunto de exigências funcionais invisíveis que organiza as formas de interacção dos membros da família" (Minuchin, 1974 p.51).

Destacou quatro características que evidenciam o funcionamento das famílias psicossomáticas:

1- **Aglutinamento:** conceito definido como envolvendo realidades emocionais intensas e excessivamente rápidas, bloqueando a autonomia dos membros da família (Sampaio e Gameiro, 1985). Refere-se a uma forma extrema de proximidade e intensidade nas interacções familiares. Nos sistemas aglutinados, as alterações de algum membro da família reflectem-se em toda a família. Os limites entre os subsistemas são pouco diferenciados, fracos e facilmente transponíveis. São famílias dominadas por movimentos centrípetos e pelo mito da unidade familiar, fecham-se sobre si mesmas, desenvolvendo o seu próprio micro-cosmos. A diferenciação individual dentro do sistema é pobre, dificultando a autonomia e a privacidade dos seus membros. Os papéis familiares são rígidos e estabelecem-se fronteiras rígidas com o exterior (Alarcão, M., 2006).

2- **Superprotecção**: apresenta uma grande preocupação entre os membros da família pelo bem - estar uns dos outros, não estando esta preocupação limitada ao paciente identificado. Os pais superprotectores retardam o desenvolvimento dos filhos na autonomia, competência e interesse por actividades exteriores à família (Minuchin e cols, 1978).

3- **Rigidez:** dificuldade em ultrapassar os períodos em que são exigidas mudanças no sistema. Não é permitido explorar questões que possam ameaçar uma mudança. Estas famílias têm, por costume, apresentar-se como normais e sem problemas (Minuchin e cols, 1978).

4- **Não resolução de conflitos:** o limiar para a resolução do conflito é muito baixo. É normalmente utilizado um código religioso ou ético, racional para o evitamento dos conflitos. É o funcionamento e a estrutura idiossincrática de cada família psicossomática que dita a forma como é evitado (Minuchin e cols, 1978).

Quando entendemos a anorexia nervosa como um sintoma de carácter psicossomático, a conceptualização sistémica de Minuchin, 1978, leva a considerar que a anorexia nervosa surge no seio de uma família bem definida no seu funcionamento e sofrimento. A interacção teórica dos aspectos que caracterizam o funcionamento das "famílias psicossomáticas" vai permitir perceber a "família anoréctica". Segundo Minuchin, 1978, a criança anoréctica cresce num ambiente familiar que funciona baseado em padrões altamente aglutinados, consequentemente a sua orientação para a vida concebe importância primordial à proximidade nas relações interpessoais. A lealdade e protecção precedem a autonomia e a auto-realização, aprendendo a subordinar o próprio *self*. Pretende-se que a filha anoréctica aja como a família espera, o que lhe confere uma responsabilidade em não decepcionar a família. A recompensa não é, normalmente, numa situação de aprendizagem, conhecimento ou de amor, são castigos no sentido de estabelecer grande culpa e vergonha.

Neste sentido, Minuchin e cols defenderam que a criança que aprendeu a relacionar-se em padrões altamente aglutinados pode tornar-se anoréctica se determinados processos estiverem também presentes na família. Os processos a que este autor se refere são os seguintes:

1- A família anoréctica é orientada para a criança: esta família tem uma preocupação extrema e observa intensamente todas as suas necessidades psicobiológicas. Assim, a criança cresce neste meio de superprotecção, desenvolve ela própria uma vigilância sobre as suas acções. Desenvolve preocupações excessivas relativas à perfeição, torna-se extremamente consciente de si mesma e muito alerta aos sinais dos outros. A negação do *self* em benefício dos outros e a lealdade familiar são altamente valorizadas. Quando algum desequilíbrio normativo ameaça estas famílias, todos os seus membros se mobilizam no sentido de proteger o sistema, particularmente reprimindo os membros cuja necessidade de mudança ameaça o *status* que o sistema apresenta. (Minuchin e cols, 1978).

2- A criança anoréctica tende a não desenvolver as capacidades necessárias para lidar com os desafios da idade. O excessivo envolvimento da anoréctica com a família dificulta o seu

envolvimento com o mundo exterior à família. O seu desejo em participar num grupo de pares vai entrar em conflito com a sua forte orientação para a família, levando-a a virar-se cada vez mais para dentro do sistema.

3- Nas famílias anorécticas, as fronteiras estabelecidas para a preservação da família nuclear são bem definidas e fortes, contudo nos membros da família, são normalmente difusas e frágeis. Contudo, em relação à família de origem, estas fronteiras podem não ser bem delineadas, podendo existir padrões de coligações repetidos através das gerações.

4- Foco nas funções corporais e apresentação de queixas somáticas por parte dos membros da família. Toda a família tem, geralmente, uma grande preocupação com os assuntos relacionados com a comida, regras e maneiras de estar à mesa, dietas e caprichos com a comida. A preocupação com os aspectos somáticos, que se apresentam como intrínsecos à cultura familiar, pode fazê-los surgir como precipitantes de sintomas anorécticos numa criança.

5- Os sintomas da criança podem ser utilizados como padrões circulares de evitamento de conflito. As unidades familiares, protegendo-se e preocupando a criança, reforçam os sintomas. Tantos os pais como os irmãos apesar de se sentirem explorados pelas exigências da criança doente, perpetuam o seu controlo protector.

A anorexia nervosa desempenha um papel importante na manutenção do equilíbrio familiar, e Minuchin e cols, 1978, refere cinco características destas famílias: aglutinação (emaranhamento), a superprotecção (sobreprotecção), a rigidez de funcionamento, evitamento do conflito e o envolvimento do filho num conflito parental. O sintoma atinge toda a organização familiar, tornando-se o mais importante. No trabalho de Minuchin, pode-se destacar a intervenção terapêutica na anorexia nervosa. A sessão da terapia familiar inicia-se com uma "refeição terapêutica" (lunch session), esta refeição tem a duração de duas horas e é normalmente dividida em duas partes:

1ª parte: criação do sistema terapêutico e a "inclusão" do terapeuta na família (*joining*).

2ªparte: inicio da refeição. O terapeuta observa os padrões rígidos da família e decide quais as estratégias para desafiar o sistema familiar.

O objectivo desta fase é segundo Minuchin e cols: "transformar a questão da paciente anoréctica no drama da família disfuncional" (178:120).

2.6- Modelo Estratégico e a Anorexia Nervosa

Mara Selvini Palazzoli, 1974, relata a abordagem familiar da anorexia nervosa no seu livro "Self-starvation", onde incidia nos problemas comunicacionais entre os membros do sistema familiar. Desenvolveu algumas observações, no que diz respeito à ênfase familiar na lealdade, no auto-sacrifício e na preservação das aparências. Assim, as "famílias anorécticas" eram caracterizadas por permanecer em estados de tensão, em que cada membro da família tentasse impor regras nas relações, contradizendo e rejeitando a comunicação com os outros. Estas dificuldades comunicacionais têm como consequência o estabelecimento de coligações secretas por parte do indivíduo anoréctico, formando o conceito de "casamento em três direcções", ou seja, cada membro da família "casado" com duas pessoas. Deste modo, existe um sistema idiossincrático de regras secretas, implícitas, que regulam todas as interacções familiares (Gameiro, 1994).

Segundo Espina, 1998, na relação conjugal podiam distinguir-se processos de culpabilização mútua, fuga ao assumir de responsabilidades, elevados níveis de discórdia entre o casal, para além de uma luta pelo estatuto de o "mais sacrificado", tentando manter a filha do seu lado.

Os autores Grigg, Friesen & Sheppy, 1989, referem que os pais distantes e ausentes eram compensados por mães dominadoras, em que as filhas eram trianguladas na relação com os pais. A filha era utilizada como o mensageiro dos pais, não tendo como se tornar ela própria como independente.

Este modelo compreensivo de Palazzoli, sofreu uma evolução no sentido da história familiar que reconstitui todo o processo familiar até à existência do sintoma. Assim, nos finais dos anos 80, Palazzoli e Viaro, 1988, descreveram a anorexia nervosa como um resultado de um processo que ocorre ao longo de seis etapas e que afecta a organização familiar. É suposto que cada elemento da família desempenhe um papel num "jogo" em que os participantes escondem, ocultam e disfarçam os seus sentimentos, objectivos e intenções (Viaro, 1990).

A adopção de metáfora no jogo foi o primeiro passo distintivo da formulação sistémica dos autores rumo a uma linha mais complexa da mesma, que sublinha duas dimensões: o tempo e o espaço. A noção de jogo, implica o envolvimento de regras e estratégias (Palazzoli & Viaro, 1988).

O processo do jogo tem seis fases sucessivas (Palazzoli & Viaro, 1988):

Fase 1- Situação de conflito conjugal

Esta situação tem tendência para o envolvimento de todos os membros da família, onde cada um dos membros do casal, provoca constantemente a mudança no comportamento do outro, ao mesmo tempo que bloqueia a sua resposta. Os pedidos de mudança de comportamento são sempre realizadas em termos de obrigações ou deveres para o bem de toda a família.

Fase 2- A futura anoréctica começa a envolver-se no jogo parental

Tendo em conta o modo como a jovem se envolve com os seus pais ao longo da infância e adolescência, pode-se identificar dois tipos de jogos diferentes, conforme o envolvimento que estabeleça com a mãe ou com o pai: TIPO A- Fidelidade à mãe. A mãe frequentemente confidencia à filha a relação de sofrimento que tem com o marido e sogros. A filha, tende a partilhar do ponto de vista da mãe, contudo não a respeita verdadeiramente, nem tem grande consideração. A filha assume que é moralmente superior face aos outros e mantém uma relação privilegiada com a mãe, reforçando-a a manter o seu comportamento. TIPO B- fidelidade ao pai, a filha é, claramente a favorita do pai. O pai aprecia as qualidades da filha. O pai é considerado superior à mãe e não encontra justificação para a forma como a mãe se comporta em relação a este.

É importante referir que nesta fase, a filha (futura anoréctica) não toma activamente partido por nenhum dos progenitores.

Fase 3- Com a adolescência, ocorrem um conjunto de acontecimentos decisivos na relação entre a futura anoréctica e a forma de encarar o seu pai. TIPO A- "a menina da mamã" descobre de forma abrupta ou gradualmente que o amor da sua mãe se desviou para outra pessoa, normalmente para um irmão ou irmã, ou para outra pessoa. Sentindo-se abandonada, a jovem revela intensas manobras de sedução, aproximando-se do pai. O pai aproveita todas as oportunidades para que a filha tome o seu partido, nas situações de "confronto" com a mãe. TIPO B- o laço de sedução entre a filha (futura anoréctica) e o pai atinge proporções embaraçosas e inquietantes. A instigação contra a mãe aumenta de intensidade e a filha deseja que o pai seja mais rígido e que tenha controlo sobre a mãe. Em ambos os tipos e devido ao envolvimento paterno, a futura anoréctica liga-se ao pai no papel de vítima de uma mãe insuportável.

Fase 4- Período de angústia relacional intensa, em que a adolescente inicia a sua dieta. TIPO A- abandonada pela mãe e incitada pelo pai, a futura anoréctica pretende distinguir-se da mãe. Ela age livremente e abandona as orientações comportamentais da mãe, inicia uma dieta, procurando seguir os modelos do grupo de pares, na tentativa de alcançar autonomia e ser socialmente aceite. TIPO B- a dieta é vista como um desafio à mãe, conotada como uma desobediência. Esta restrição estabelece uma espiral interacional na tríade pai/mãe/filha, que reforça o jogo parental. A mãe passa a intrometer-se nos hábitos alimentares da filha. O que leva a filha a restringir a sua alimentação de forma exponencial.

Fase 5- O pai manifesta-se impossibilitado de se manter aliado à filha. Esta atitude leva a que a filha tome atitudes de rancor para com o pai, sentindo desilusão, ressentimento, desespero e desprezo. Assim, a adolescente restringe mais ainda a sua alimentação, sendo a única forma que ela tem para que a mãe se submeta e mostrar ao pai do que ela é capaz, até que ponto consegue ir.

Fase 6- O jogo da família prossegue de acordo com o que os autores denominaram de "estratégias baseadas no sintoma". A anoréctica apercebe-se do poder que o sintoma lhe confere dentro da

família. Cada elemento da família apercebe-se do facto de poder utilizar o sintoma para influenciar o comportamento dos outros elementos da família.

O processo interaccional complexo (estratégia sustentadora de um relacionamento transgeracional, aparentemente privilegiado e que na realidade, não o é) que caracteriza estas famílias privilegia umas das díades mãe/filha, pai/filha, que não assenta em afecto genuíno, que se revele uma arma a ser usada contra alguém, normalmente um dos cônjuges (Palazzoli e tal, 1988).

Palazzoli e cols, em 1999, remodelaram algumas ideias anteriores sobre a organização relacional das "famílias anorécticas", principalmente no que concerne ao "jogo familiar". Nesta abordagem os grupos TIPO A e TIPO B são perspectivados como respostas às necessidades de vinculação do próprio casal. Deram mais atenção às famílias de origem dos pais da jovem anoréctica, aproximando-se, assim de uma abordagem transgeracional da família.

Nesta abordagem, o TIPO A, a implicação da paciente na relação conjugal não parece ser a mais importante, pois a função compensatória que a filha desempenha em relação à mãe, tem mais a ver com as suas próprias vicissitudes da infância, do que com a insatisfação conjugal.

Ao verificar a história das mães das jovens anorécticas antes do casamento, observaram que na sua maioria, sofreram atropelos, principalmente ao nível de discriminações, injustiças, subestimação das suas capacidades, etc. a este respeito, Palazzoli e cols, 1999, escreveram:*"(…) podemos destacar que estas características das mães das anorécticas recordam muitas as verificadas por Cirillo e seus colaboradores, em 1996, nas mães de rapazes toxicodependentes com um quadro depressivo subjacente ao uso da heroína. Os dois tipos de famílias parecem, assim, muito semelhantes no que respeita à personalidade dos pais, ao ponto das anorécticas bulímicas poderem ser vistas como as irmãs dos toxicodependentes (…)".*

A incapacidade da "família anoréctica" em fazer reivindicações em nome próprio é característica típica das mães. Estas mães são caracterizadas como as "sacrificadas", pois vivem para cuidar dos

outros, nunca aceites, como a raiva não pode ser expressa, dá normalmente lugar a estados de tensão elevados (Palazzoli et al, 1999).

Na abordagem do TIPO B, na anorexia nervosa deste género é comum existir problemática conjugal, na qual a filha se alia ao pai na sua desilusão em relação à sua mulher, desenvolvendo atitudes demonstrativas de controlo e admiração do pai.

A relação de casal dos pais das jovens anorécticas é conceptualizado por Palazzoli e cols, 1999, como tendo característica primordial a elevada conformidade, por parte das mães no inicio da relação conjugal, às necessidades dos pais.

Nos anos 70, Palazzoli tinha como base do seu trabalho terapêutico o "método paradoxal", que através de meios indirectos e aparentemente ilógicos, procurava romper com o jogo familiar disfuncional e levar a família a um outro tipo de interacção. Esta intervenção, tinha como técnica a "conotação positiva" do sintoma, ou seja, procurava-se qualificar positivamente os comportamentos e as regras familiares, restituindo-lhes o seu valor de homeostase sistémica (Benoit et al, 1988). Esta técnica era acompanhada de um ritual familiar paradoxal, que tinha como objectivo destruir mitos elaborados transgeracionalmente envolvendo toda a família numa série de acções que contrapunham esses mitos e regras familiares rígidas, servindo para dramatizar a conotação positiva (Nichols et al, 1998).

Nos anos 80, já como grupo de Milão, a abordagem terapêutico anterior foi abandonada adoptando "método das prescrições invariantes", era um protocolo dirigido às famílias com indivíduos anorécticos. Neste método, a família alargada e a paciente só eram envolvidas na terapia nas duas primeiras sessões. A partir da terceira sessão o terapeuta dirigia-se somente aos pais (co-terapeutas da filha) eram encorajados a dizer aos restantes membros da família que tinham um segredo. As reacções de todos os membros da família eram discutidas com o casal. A reorganização do sistema familiar observar-se-ia ao longo das dez sessões habituais (Benoit et al, 1988).

Em síntese, Palazzoli iniciou as suas raízes em psicodinâmica, passou depois para os padrões familiares e terminou retomando a terapia a longo prazo, que dá maior ênfase ao *insight* e concentra-se novamente no indivíduo (Nichols & Schwartz, 1998).

As primeiras contribuições desta autora devem-se à descrição de um jogo típico das famílias "anoréctica", assim como à demonstração de que o sintoma anoréctico adquire uma função individual e familiar. A ideia central é a de que a família se tornou um sistema de organização interaccional rígido, no qual os sintomas da doença detêm um papel importante como um mecanismo homeostático significativo.

2.7- Modelo Transgeracional e a Anorexia Nervosa

Michael White, realizou os primeiros trabalhos sobre a compreensão da anorexia nervosa em 1983 e incidiram no sistema de crenças familiares rígidas e implícitas, que é transmitido de geração em geração. O modelo Transgeracional tem como pressuposto que as dinâmicas internas das famílias de origem constituem um legado que pode colidir com a trajectória, tanto do desenvolvimento individual como familiar (Bartle-Haring & Sabatelli, 1998).

Para White, as crenças familiares sobre o problema formam uma rede em que os membros da família ficam enlaçados, uma vez que inspiram soluções cujo fracasso reforça as suas próprias crenças ou premissas sobre o problema (Relvas, 2000).

Segundo White (1983) existem condições para a negação do *self* e para a vulnerabilidade para os sintomas da anorexia nervosa em certas jovens quando os sistemas de crenças incluem:

1- Lealdade

As famílias com jovens anoréctica valorizam qualquer comportamento que seja motivado pela lealdade aos outros membros da família e à tradição familiar.

O valor dado à lealdade leva a que:

a) As alianças entre duas pessoas sejam desencorajadas na medida em que sugerem uma traição ou abandono de uma terceira parte.
b) As relações entre pares são ténues e, se houver uma divisão de lealdade entre o grupo de pares e a família, é sempre resolvida a favor da família.
c) É muito frequente encontrar os avós que se intrometem livremente nos limites difusos da família nuclear/extensa.

2- Prescrição de um papel específico para a filha anoréctica

Espera-se, nestas famílias, que as mulheres sejam sensíveis, auto-sacrificadas, este papel é fortemente aplicado a determinadas filhas, as quais terão mais probabilidades de se tornarem anorécticas. A prescrição deste papel é de natureza Transgeracional.

3- Realidade dominada pelo *Insightfulness* (termo com significado aproximado de clarividência):

Os membros da família acreditam que podem ver dentro de si próprios e dos outros e saber as verdadeiras motivações e intenções que se encontram por detrás dos comportamentos. É frequente que cada membro da família se classifique e seja classificado pelos outros de acordo com um *continuum* adequado /inadequado. Este conceito "prende" os membros da família às consequências do seu sistema de crenças e encoraja os membros a ficarem mais presos nas culpabilidades auto-criticas. Esta realidade leva a que os problemas sejam explicados através de interpretações que se baseiam na incompetência inapropriada, imperfeição e deslealdade entre os membros da família (White, 1983).

Esta teoria sobre anorexia nervosa (White, 1983:257) contrasta com a ideia de Bruch, 1978, e de Minuchin, 1978, de que os sintomas de anorécticas são um mecanismo de desejo ou rebeldia que estão relacionados com uma batalha pelo controlo. É importante realçar que no modelo transgeracional, todos os membros da família são vítimas das crenças opressivas, os sintomas da anoréctica reflecte a forma como, sem saber, coloca de parte o seu *self* e desta forma a conspirar com a família, sem se revoltar com ela.

A intervenção terapêutica, segundo este modelo, tem como principal objectivo desafiar a influência do sistema de crenças, que decorre ao longo da terapia por fases (White, 1983):

1- Recolha de informação e teste de hipóteses sobre a existência das crenças implícitas e desencorajamento do assumir de culpabilidade dos pais relativamente à situação da filha.
2- Organização de uma explicação para os sintomas de anorexia nervosa baseada na existência de crenças e o seu carácter influente e constrangedor, que leva os membros da família a sentirem-se vítimas dessas crenças.
3- Busca e luta por alternativas. O terapeuta vai desafiando e testando a rigidez do sistema de crenças, realizando experiências nas áreas de funcionamento em que seja possível obter sucesso.
4- Fase dirigida à paciente anoréctica. Fase de "escolha" onde a paciente deverá ou não, enfrentar a angústia e lutar por mudar.
5- Nesta fase é focalizada para a vigilância dos comportamentos que o pai e a mãe e os seus irmãos possam ter em relação à anoréctica.

SINTESE

Neste capítulo fazemos referência ao conceito de família e aos vários modelos teóricos. O conceito de família foi mudando ao longo dos tempos, contudo "família" associa-se de uma forma geral à união de indivíduos pelos laços de sangue e que vivem sob o mesmo tecto ou numa comunidade próxima. A família passa por várias transformações e regem-se por regras de funcionamento que podem ser mantidas ou não de uma maneira rígida. Os momentos mais significativos por que passa a família, constituem o ciclo familiar que, é composto por etapas: União de dois elementos para construir nova família (ou formação de casal); Nascimento dos filhos (ou família com filhos pequenos); Educação e crescimento dos filhos (ou famílias com filhos na escola); Adolescência e saída de casa dos filhos (ou família com filhos adolescentes); O casal está de novo só (ou famílias com filhos adultos); Velhice e morte.

A abordagem sistémica define a família como um sistema, um todo, contudo também faz parte de contextos diferentes com os quais interage e evolui, tal como a comunidade em que a família se insere.

Os modelos apresentados procuraram descrever as características familiares. No modelo estrutural de Minuchin aplica a noção de estrutura ao grupo familiar em ligação com a noção de sistema. O objectivo é alterar a estrutura disfuncional da família através da criação de um contexto (realizado pelo terapeuta) que leve a família a organizar-se de modo diferente. O modelo estratégico surgiu da teoria da comunicação no projecto de Bateson sobre a esquizofrenia, que evoluiu em três teorias distintas: modelo de terapia breve do MRI; terapia estratégica de Haley e Madanes e no modelo sistémico de Milão. O modelo estratégico é também considerado uma teoria de mudança e que postula que os sistemas estão em mudança permanente e que é aqui que se situa a génese do problema.

No modelo transgeracional, a sua raíz está em factos passados que constituem a história natural da família que se transmitia de geração em geração. O seu impulsionador Murray Bowen procurou a delimitação sistemática de uma teoria sobre o funcionamento emocional da família. No modelo

experiencial, Carl Whitaker e Virginia Sater, a premissa é que a causa fundamental dos problemas familiares é a supressão emocional. A maneira de promover o crescimento individual e a coesão familiar consiste em libertar afectos e impulsos. No modelo psicodinâmico, o objectivo é libertar os membros da família de qualquer limitação inconsciente, para que possam interagir como indivíduos sadios. Quanto ao modelo cognitivo-comportamental, os relacionamentos, as cognições, as emoções e os comportamentos familiares são vistos como se exercessem uma influência mútua sobre os seus membros, de forma que a interferência cognitiva pode provocar emoções e comportamentos que podem influenciar a própria cognição.

Ainda neste capítulo destacamos três modelos que tiveram maior preocupação em estudar a famílias com jovens com quadro clínico de anorexia nervosa: modelo estrutural de Minuchin; modelo estratégico de Palazzoli e o modelo transgeracional de White.

No modelo estrutural de Minuchin, vários conceitos têm de ser destacados pela importância que têm, a saber: os padrões transaccionais das “famílias psicossomáticas”, com foco no envolvimento no conflito parental do Paciente Identificado (P.I.) e a importância da “refeição terapêutica”. No Modelo estratégico de Palazzoli, existe maior incidência nos problemas comunicacionais da família; utilização da metáfora e do “jogo familiar”; conotação positiva do sintoma; ritual familiar paradoxal e o método das prescrições invariantes. Quanto ao modelo transgeracional de White, inicialmente os seus trabalhos incidiam no sistema de crenças familiares rígidas e implícitas que é transmitido de geração em geração.

Capítulo III- Investigações Empíricas

3.1- Revisão dos Estudos

Actualmente apesar do elevado número de literatura sobre o funcionamento familiar na anorexia nervosa, pouco trabalho empírico tem sido desenvolvido. Neste capítulo será apresentado uma revisão das principais investigações neste tema. Esta apresentação será exposta de acordo com as questões que os estudos pretendem responder.

A) A percepção do funcionamento familiar dos indivíduos que sofrem de perturbação do comportamento alimentar é diferente dos indivíduos sem perturbação alimentar?

Na grande parte dos estudos, observa-se que existe concordância, quanto à indicação que os indivíduos com perturbação do comportamento alimentar pertencem a famílias com mais evidência de patologia, que o grupo de indivíduos sem perturbação alimentar (Steiger, Chapman & Hussain, 1991)

Grande parte das investigações faz referência ao modelo estrutural de Minuchin, principalmente as "famílias psicossomáticas". O instrumento mais utilizado tem sido o Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES) de Olson et al, 1989. Neste sentido têm surgido nas diversas investigações um conjunto de características que normalmente se procuram estudar: conflito, adaptabilidade, coesão, sobreprotecção, apoio emocional e vinculação (Palmer, R., Oppenheimer, R. & Marshall, P.D., 1988; Waller, Slade & Calam, 1990).

As características relacionadas com os problemas graves, como a morte de familiares de primeiro grau, foram encontradas nas famílias com indivíduos com anorexia nervosa no estudo de 1991 dos autores Gillberg & Rastam.

Em 2001, Rowa, Kerig & Geller, estudaram a noção de "dissolução de limites" entre o subsistema filial e parental nas famílias com indivíduos anorécticos. Este estudo revelou que as anorécticas relatavam mais problemas relacionados com os limites da mãe (aglutinamento e inversão de papel de cuidador) e com o pai (aglutinação, intrusão, triangulação e inversão do papel de cuidador), do

que o grupo controlo. É importante referir que neste estudo também se observou que os pais das jovens não tinham a visão problemática da filha. A maior diferença observava-se no grupo das mães das jovens anorécticas em relação ao grupo controlo.

Outros estudos como o de Russell, Kopec-Schrader, Rey e Beumont, 1992, não foram encontradas as diferenças, na forma de experimentarem as suas relações com os pais e entre os anorécticos e o grupo controlo. Contudo verificaram que as anorécticas adolescentes, com média de idade de 15 anos, percepcionavam que o pai e mãe eram melhores prestadores de cuidados e que as mães eram menos sobreprotectoras do que no grupo controlo.

Humphrey, 1989, observou que é frequente que os pais das anorécticas transmitem uma mensagem contraditória de afecto e cuidado, combinados com uma atitude de negligência perante as necessidades da filha em expressar os seus sentimentos.

Goldstein, 1981, comparou grupos de pacientes esquizofrénicos com o grupo de pacientes anorécticas e observou que os pais das pacientes esquizofrénicas revelavam significativamente mais desvios de comunicação e estilos afectivos mais negativos do que as pacientes anorécticas.

B) Existem diferenças de funcionamento alimentar dos indivíduos com anorexia nervosa e outros tipos de perturbação alimentar ou subtipos?

A maioria da bibliografia encontrada revela que existem diferenças significativas nas características familiares entre as famílias anorécticas e as bulímicas; contudo, os estudos empíricos revelam que, normalmente, tratam as pacientes do comportamento alimentar de forma homogénea.

Casper & Troiani, 2000, observaram que as jovens com bulimia nervosa e anorexia nervosa do tipo purgativo/bulímico, apresentavam um funcionamento familiar mais disfuncional do que as jovens com anorexia nervosa tipo restritivo.

Numa amostra não clínica de estudantes mistos, apesar de não existir correlação entre variáveis familiares e comportamento alimentar, Kagan & Squires, 1985, observaram que a ingestão

compulsiva relaciona-se com a falta de coesão entre as mulheres e com a rigidez e falta de coesão entre os homens.

Strober & Humphrey, 1987, compararem pais de 35 anorécticas do tipo bulímico através do Inventário de Personalidade de Minnesota (MMPI), com 35 pais de anorécticas restritivas e verificaram que o grupo bulímico caracterizara-se por maior hostilidade, excitabilidade e impulsividade que o grupo restritivo.

Humphrey, 1989, revela um estudo realizado por Kog & Vandereycken, onde mostraram que as famílias anorécticas (tipo restritivo ou tipo purgativo) têm tendência a enquadrar-se no tipo familiar psicossomático de Minuchin, enquanto as famílias bulímicas de peso normal mostravam-se mais desorganizadas e conflituosas.

Estudos como o de North, Gowers & Byram, 1995, sobre anorexia nervosa, revelaram falha na identificação de diferenças entre os diversos tipos de perturbação alimentar em termos de funcionamento familiar e cuidado infantil.

C) A percepção do funcionamento familiar das pacientes com perturbações alimentares é diferente da percepção dos seus pais?

Os autores Waller, Slade & Calam, 1990, utilizaram o instrumento de avaliação FAD (Family Assesment Device) com o objectivo de comparar a percepção da interacção familiar em jovens com anorexia nervosa e bulimia com a dos seus pais. Não foi possível diferenciar as jovens anorécticas das jovens bulímicas quanto à percepção familiar, neste sentido constituíram apenas um grupo clínico. Estes autores verificaram que existem diferenças entre o grupo controlo e o grupo clínico. As jovens com perturbações alimentares percepcionaram as suas famílias como “menos saudáveis”, contudo não se observaram diferenças na percepção do pai entre o grupo controlo e o grupo clínico. Em relação à mãe, apenas houve diferença na percepção de uma família “menos saudável”, por parte das mães das jovens com perturbação do comportamento alimentar.

Rowa et al, 2001, revelaram no seu estudo que de uma forma global, o grau de acordo entre as filhas e os pais é baixo, pois as filhas consideravam pertencer a um ambiente familiar disfuncional.

D) O funcionamento familiar dos indivíduos com anorexia nervosa é diferente dos indivíduos com outras patologias?

Num estudo de Stern e Swift, 1982, verificou-se que as diferenças entre as famílias das jovens com perturbações do comportamento alimentar desapareceram quando os níveis de depressão foram controlados.

Wirsching & Stierlin, 1982 (*in* Stierlin & Weber, 1997) utilizaram uma amostra de 55 familias com crianças de várias patologias psicossomáticas, concluiram que apenas metade correspondia ao modelo de Minuchin e cols, 1978. Para Stierlin & Weber, a grande diferença entre as famílias com jovens anorécticas e outras famílias psicossomáticas é que a anorexia nervosa é um acto voluntário, é uma decisão individual; o que confere à família uma qualidade dramática.

Os autores Lattimore, Wagner e Gowers, 2000, com objectivo de estudar as relações de conflito entre as jovens anorécticas e as suas mães, compararam 20 adolescentes com anorexia nervosa com 14 adolescentes com perturbações emocionais e desenvolvimentais. Concluiram que os resultados mostram a existência de diferenças entre as famílias com anorexia nervosa e outras perturbações e que, eles são contrários à noção de que a fuga ao conflito caracteriza as famílias com uma paciente com anorexia nervosa.

Em 2003, Gutzwiller, Oliver & Katz realizaram um estudo com 306 estudantes universitárias e concluiram que a depressão se encontrava directamente relacionada à gravidade da disfunção familiar. Foram encontrados níveis clínicos de depressão no grupo de indivíduos com sintomas de perturbação do comportamento alimentar.

Evans & Wertheim (2005) efectuaram um estudo com 221 mulheres e verificaram que as mulheres com sintomas de perturbação do comportamento alimentar e as mulheres com sintomas

depressivos revelavam níveis mais elevados de insegurança, sentimentos negativos, quando comparadas com as mulheres sem sintomatologia de perturbação do comportamento alimentar.

E) Percepções dos vários elementos da família

Diversos estudos apontam para a existência de diferenças de percepções entre os vários elementos da família. Ao contrário da maioria dos estudos, encontramos o estudo realizado em 1988, por Humphrey, que revelou a existência de boa concordância no que diz respeito à percepção do funcionamento familiar entre as pacientes anorécticas de tipo purgativo e os seus progenitores. Ambos os grupos se classificavam como mais perturbados que as famílias do grupo controlo.

Grande parte das pesquisas empíricas observavam que as pacientes com perturbação do comportamento alimentar classificava as suas famílias como mais problemáticas do que os seus pais. Exemplo desta situação encontra-se o estudo de Dahlman, em 1996, que verificou que as famílias com doenças do comportamento alimentar são significativamente mais problemáticas e conflituosas do que as famílias consideradas normais. Investigou também sobre a capacidade emocional das mães com jovens com perturbações do comportamento alimentar e verificaram que são normalmente as mães destas jovens mais alexitímicas e com menos capacidade de identificar as suas próprias emoções, tendo como consequência dificuldades em identificar as emoções nas filhas. São mães mais distantes e menos satisfeitas.

Em 2000, Herzog, observou diferenças de percepção entre pais e filhas, contudo é necessário referir que esta diferença também acontece em famílias sem perturbação do comportamento alimentar ou então outro diagnóstico (Stern et al, 1989)

Com o objectivo de se efectuar um estudo comparativo entre as famílias com adolescentes anorécticas tipo purgativo com famílias com adolescentes tipo restritivo, Casper e Troiani (2001), verificaram que a família das jovens com anorexia nervosa tipo restritivo não apresentavam diferenças na avaliação dos membros correspondentes das famílias saudáveis. Contudo, os pais das jovens com anorexia nervosa tipo restritivo percepcionavam um melhor funcionamento dos

irmãos das pacientes do que as famílias consideradas saudáveis. As famílias das anorécticas tipo purgativo percepcionavam um pior funcionamento relacional que o grupo de família saudável.

Com o intuito de observar a diminuição de fronteiras entre os pais e as filhas com anorexia nervosa, os autores Rowa, Kerig e Geller, em 2001, utilizaram uma medida do fenómeno "fronteira", que é distinto do das relações altamente coesas. Assim, verificou-se que as jovens com anorexia nervosa revelavam mais problemas de fronteiras com os seus pais do que o grupo controlo, contudo os pais não indiciaram problemas de "fronteiras" com as suas filhas.

No estudo de North, Gowers & Byram, em 1995, verificou-se que os indivíduos com anorexia nervosa e as suas mães classificaram o funcionamento da família como sendo normal. Para além disso, estas famílias parecem percepcionar de forma diferente o controlo de comportamento e a relação com a alimentação, pois revela acentuada dificuldade em discutir emoções ou resolver conflitos.

De uma maneira geral, observa-se que as pacientes com anorexia nervosa percepcionam-se como tendo uma menor hierarquia, igual suporte familiar, estrutura e funcionamento familiar mais deficitários.

Observa-se que existe a possibilidade de a percepção das famílias com jovens com bulimia ou anorécticas tipo purgativo, serem diferentes das percepções das famílias com jovem anorécticas tipo restritivo. As primeiras, segundo Szmukler, Eisler, Russell e Dare, 1985, são famílias mais rígidas, críticas e mais envolvidas emocionalmente. Contrastando com as famílias das anorécticas tipo restritivo que se observa, serem mais dependentes, rígidas, negativas, submissas e inseguras que as famílias das jovens bulímicas ou anorécticas tipo purgativo.

Os estudos observacionais em famílias com jovens com perturbações do comportamento alimentar são consistentes com as percepções das filhas e dos seus pais, observando-se, na maioria das vezes, um elevado grau de sofrimento e insatisfação familiar. Os estudos laboratoriais sobre interacção familiar sugerem que as famílias com jovens que sofrem de perturbações do

comportamento alimentar são normalmente mais hostis e intrusivas, assim como emaranhadas e pouco cuidadoras.

É também importante referir que os estudos empíricos sugerem que as famílias com psicopatologia individual dos pais, surgem frequentemente em associação com o surgimento e persistência das perturbações do comportamento alimentar.

F) Percepção das jovens com anorexia nervosa, relativamente às dimensões abandono/rejeição, preocupação familiar, afecto por parte dos progenitores.

Bowman (2000) efectuou um estudo com jovens estudantes universitárias (n=144) de ambos os sexos. Observaram que os sentimentos de depressão, ansiedade, falta de controlo e autonomia e sentimentos de inadequação em relação à mãe, estavam relacionados com o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, principalmente bulimia. Os resultados indicaram que os jovens do sexo masculino se encontravam em riso para o aparecimento de perturbações do comportamento alimentar pois têm dificuldade em manifestar os seus sentimentos.

Em 2002, Goldberg, realizou um estudo com145 estudantes universitárias e nos resultados parecem existir factores familiares, como a separação e a vinculação com os pais e o ideal de mulher, que predizem o impulso de emagrecer e a insatisfação corporal.

Outro estudo, realizado por Lein (2000), em que 145 adolescentes do sexo feminino apresentavam um nível elevado de insegurança, preocupavam-se mais com o peso do que as adolescentes que se percepcionavam como seguras. Estas jovens que percepcionavam os pais com elevadas expectativas no que diz respeito ao peso, também tinham os mesmos níveis de preocupação com o peso. É importante referir que as expectativas principalmente do pai eram muito relevantes para as adolescentes.

Em 2003, Evans estudou cinco indivíduos com anorexia nervosa e cinco indivíduos com padrões alimentares normais, concluindo que os indivíduos com anorexia nervosa percepcionavam ter uma mãe mais dominadora, excessiva vinculação, dificuldade em se tornar autónoma e o pai ser uma figura menos presente, silencioso e inexpressivo. Os indivíduos com anorexia nervosa revelaram níveis inferiores nas escalas relativas à confiança e á comunicação com os pais e seus pares. Os indivíduos com padrões alimentares normais apresentavam níveis inferiores de culpa.

Tasca, Kowal, Balfour, Ritchie, Virley e Bissada (2006) realizaram um estudo com 268 mulheres com perturbações alimentares e concluiram que a maioria apresentava níveis elevados de afecto negativo, constituindo um dos factores que podia desencadear a restrição alimentar.

SINTESE

A maioria dos estudos fazem referência ao modelo estrutural de Minuchin, no que diz respeito à explicação do desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar e revelaram existir problemas de relacionamento na família, principalmente com a mãe. Contudo, observa-se frequentemente que o pai transmite mensagens contraditórias, havendo situações em que o pai tem atitudes de negligência e sentimentos de ineficácia.

Quanto à percepção da intervenção familiar, a maioria dos estudos revelaram que as "famílias anorécticas" percepcionam-se como famílias mais problemáticas, quando comparadas com as "famílias normais".

A depressão é a perturbação mais estudada em comparação com a anorexia nervosa.

Capítulo IV- O Estudo

4.1- Apresentação do Estudo

Na Anorexia Nervosa, é consensual que se cruzem diversos factores, como os factores psicológicos, socioculturais e biológicos, daí se dizer que esta perturbação é multideterminada. Esta multifactoriedade etiológica implica directamente a intervenção, na família, que é de facto o centro da problemática. A anorexia nervosa é um quadro psicopatológico com boa indicação para uma intervenção familiar.

O **objectivo geral** desta investigação é compreender o funcionamento familiar das pacientes anorécticas, assim como qual a percepção que estas pacientes têm em relação aos seus progenitores e em relação a si, em comparação com a população geral, assim como qual a percepção dos progenitores sobre a própria família.

Para compreensão do objectivo pretendido, escolhemos analisar as seguintes **dimensões**:

1-Funcionamento familiar – pretende-se caracterizar as dimensões: **coesão e adaptabilidade da família** através da percepção da paciente anoréctica e dos seus pais, em comparação com a população geral. Estas duas dimensões são importantes para medir a dinâmica familiar, fazendo parte do Modelo Circumplexo de Olson.

2- Percepção familiar que a paciente anoréctica revela, através das dimensões: **a) dependência, hiperpreocupação com a família e abandono; b) rejeição, superprotecção e fusão/inversão de papel.**

1.1- Hipóteses

A) <u>Hipóteses da dimensão Coesão familiar (Real)</u>

A1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de coesão da família (Real).

A2- A mãe da jovem com anorexia nervosa distingue-se da mãe da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão da família (Real).

A3- O pai da jovem com anorexia nervosa distingue-se do pai da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão da família (Real).

B) Hipóteses da dimensão Adaptabilidade familiar (Real)

B1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de adaptabilidade da família (Real).

B2- A mãe da jovem com anorexia nervosa distingue-se da mãe da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade da família (Real).

B3- O pai da jovem com anorexia nervosa distingue-se do pai da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade da família (Real).

C) Hipóteses da dimensão Coesão familiar (Ideal):

C1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de coesão familiar (ideal).

C2- As mães das jovens com anorexia nervosa distinguem-se das mães das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão família (ideal).

C3- Os pais das jovens com anorexia nervosa distinguem-se dos pais das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão família (ideal).

D) Hipóteses da dimensão Adaptabilidade familiar (Ideal):

D1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de adaptabilidade familiar (ideal).

D2- As mães das jovens com anorexia nervosa distinguem-se das mães das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade familiar (ideal).

D3- Os pais das jovens com anorexia nervosa distinguem-se dos pais das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade familiar (ideal).

E) Hipóteses sobre a percepção que as pacientes têm sobre a família (marcadores desenvolvimentais de psicopatologia)

E1- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção que se apresentam com maior nível de dependência da família do que as jovens sem anorexia nervosa.
E2- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção que se apresentam com maior hiperpreocupação com a família do que as jovens sem anorexia nervosa.
E3-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de se sentirem mais abandonadas/rejeitadas do que as jovens sem anorexia nervosa.
E4- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de que tiveram o mesmo afecto, por parte das mães, que as jovens sem anorexia nervosa.
E5- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de não serem mais superprotegidas pela mãe, do que as jovens sem anorexia nervosa.
E6- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de que têm a percepção de que têm maior fusão/inversão de papel, com a mãe, do que as jovens sem anorexia nervosa.
E7- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de terem tido o mesmo afecto (rejeição) dos pais, do que as jovens sem anorexia nervosa.
E8- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de não serem mais superprotegidas pelo pai, do que as jovens sem anorexia nervosa.
E9- As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de que têm a percepção de que têm maior fusão/inversão de papel, com o pai, do que as jovens sem anorexia nervosa.

4.2- Método

Trata-se de um estudo com uso de técnicas quantitativas de índole diferencial, devido ao facto de requerer o uso de medidas e métodos padronizados convertíveis em números de tal forma que não permitem a expressão da variedade de perspectivas e experiências de pessoas dado que as opções de resposta são limitadas à partida (Ribeiro, J.L.P., 2008) e de nos permitir considerar as diferenças de resultados entre os grupos ou condições (Almeida & Freire, 2008).

Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa SPSS (Statiscal Package for the Social Sciences) versão 16.00. Na análise descritiva dos dados, foram utilizados os procedimentos

estatísticos, como médias, frequências e desvios - padrão. Na análise dos resultados, foram utilizados o Teste T, o X2 (Qui- Quadrado), Correlações de Pearson e a Análise Discriminante.

4.3- Amostra, a sua constituição

Antes de descrevermos a nossa amostra, é necessário esclarecer dois conceitos muito importantes: universo e população. O universo diz respeito a todos os sujeitos, fenómenos ou observações passíveis de serem reunidas como obedecendo a determinada característica. A população significa um conjunto de indivíduos, casos ou população onde se quer estudar o fenómeno. Assim sendo, a amostra é um conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído da população (Almeida & Freire, 2008).

Segundo Miaoulis e Michener, 1976, a amostra é um subgrupo da população (ou universo) seleccionado para obter informações relativas às características dessa população (ou universo) (*cit. in* Ribeito, J.L.P., 2008).

A nossa **amostra** é constituída por dois grupos de indivíduos, designados como : grupo estudo (n=42) e grupo controlo (n=37). O primeiro é constituído por jovens com diagnóstico de anorexia nervosa e seus progenitores; o 2º grupo é constituído por jovens sem diagnóstico de anorexia nervosa e seus progenitores.

No **grupo estudo** as jovens foram diagnosticadas com anorexia nervosa pelo Psiquiatra Hospitalar (Dr. Roma Torres) que as acompanha e foram avaliadas pela autora deste trabalho nos locais disponibilizados pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital de S.João. Os progenitores foram solicitados para se apresentarem juntamente com as filhas e forma igualmente avaliados pela autora do trabalho. É necessário referir que alguns progenitores levaram os questionários para casa e devolveram na consulta seguinte. Este grupo foi constituído entre Junho e Setembro de 2008 no Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. João, no Porto, nas Consultas de Doenças do Comportamento Alimentar, onde observei as consultas do Dr. Roma Torres e posteriormente realizava a avaliação.

Temos como **critérios de inclusão**, a apresentação de diagnóstico de anorexia nervosa, segundo os critérios da DSM – IV – TR, 2002, ter seguimento numa unidade de psiquiatria (consulta da perturbação do comportamento alimentar) por diagnóstico de anorexia nervosa, sexo feminino, idade mínima de 15 anos e residir em contexto familiar. A justificação para o primeiro critério é ser um trabalho sobre a anorexia nervosa, o segundo critério foi pelo facto de ser a única forma de controlo da existência do diagnóstico de anorexia nervosa.

A anorexia nervosa, é uma perturbação predominante no sexo feminino, por esse motivo optámos por excluir os pacientes do sexo masculino. Em relação à faixa etária, consideramos a idade mínima de 15 anos, tendo em conta as características das jovens que eram acompanhadas.

Como **critérios de exclusão**, consideramos o não residir em contexto familiar e as famílias que discordassem na participação na investigação.

Para se administrar os questionários, foi constituído um protocolo cuja ordem de preenchimento foi aleatória, com excepção do questionário demográfico, que foi aplicado em primeiro lugar. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade, assim como a ideia da natureza voluntária de participação no estudo foi reforçada.

O **grupo controlo**, é constituído por jovens sem anorexia nervosa e seus progenitores. Este grupo foi constituído entre Junho e Outubro de 2008, numa amostra geral com alunas com idade superior a 15 anos do Colégio Nossa Senhora do Rosário, no Porto e alunas do 1º, 2º e 3º ano do curso de Serviço Social do ISSSP, situado na Senhora da Hora.

Como **critérios de inclusão**, consideramos, pertencer ao sexo feminino, ter idade mínima de 15 anos, ser estudante do ensino secundário e universitário. Os dois primeiros critérios procuraram equivaler este grupo ao grupo clínico (variáveis sexo e idade) e o último facilitar o processo de administração do protocolo.

Como **critérios de exclusão**, possuir diagnóstico clínico de anorexia nervosa, ter ou ter tido perturbação psiquiátrica e /ou outras perturbações do comportamento alimentar e não residir em contexto familiar.

Neste grupo, para se poder excluir a hipótese de diagnóstico de anorexia nervosa, foi realizado o índice de massa corporal (IMC) e foi estipulado que seriam excluídas do estudo todas as jovens com IMC inferior a 18 %, que tenham ou sejam acompanhadas por psicólogo ou psiquiatra por outras razões.

Estas jovens e respectivos pais foram avaliadas nas instalações que as instituições nos forneceram. Foram assegurados o anonimato, confidencialidade, preenchimento individual e a voluntariedade da participação.

4.4- Instrumentos Utilizados

Os instrumentos utilizados no nosso estudo foram a versão portuguesa , de A.L.Roma Torres, R. Curral e F. Dourado, do **Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III** (FACES III, D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee) e o **Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia** (PAMaDeP de I.Soares, Dias, P., Neves, L., Pinho, A. e de Rangel-Henriques, M.), que passamos a apresentar:

- **FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III de D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee, 1985)**

A FACES III é a terceira versão da escala FACES, com objectivo de desenvolver as duas maiores dimensões do Modelo Circumplexo, ou seja a coesão e adaptabilidade familiar. David Olson e os seus colaboradores utilizavam estas escalas para apoiar as suas investigações, teorias e práticas (Olson, Portner & Lavee, 1985).

A FACES original foi construída em 1978 por Ricahrd Bell e Joyce Portner, tendo 11 itens especificamente destinados a medir a coesão e a adaptabilidade familiar. A escala FACES II foi criada em 1981, com o objectivo de tornar a escala mais simples e utilizável para crianças a partir dos 12 anos e em adultos com baixo nível de escolaridade. Esta segunda versão foi abreviada para 30 itens. 16 desses 30 itens correspondiam à dimensão da coesão familiar e 14 itens correspondiam à adaptabilidade familiar. Os itens eram distribuídos por conceitos relacionados com a coesão (8 conceitos) e com a adaptabilidade (6 conceitos). Os conceitos da coesão eram: laços emocionais, limites familiares, coligações, tempo, espaço, amigos, decisões e interesses. Os conceitos relacionados com a adaptabilidade eram: imposição, liderança, disciplina, negociação, funções e normas (Olson et al,1985).

A FACES III, é a versão mais recente da escala e tem como objectivo melhorar a qualidade e utilidade do instrumento anterior. Tem a finalidade de ser administrado a famílias durante o seu ciclo vital e deve ser administrado aos membros da família com o objectivo de comparar resultados. É um instrumento designado para obter as percepções tanto da família real como as percepções da família ideal. As discrepâncias entre a família percepcionada como real e a família ideal, fornece-nos o *feedback* da satisfação familiar (Olson et al 1985).

É constituída por 20 itens, que contêm 10 itens de coesão e 10 itens de adaptabilidade familiar. Existem 5 conceitos relacionados com a dimensão coesão: laços emocionais, suporte, limites familiares, tempo e amigos e interesses/lazer. Na dimensão adaptabilidade existem os seguintes conceitos: liderança, controle e disciplina. Existem quatro itens para a combinação de conceitos de regras e papéis.

Tabela 3 – Análise Factorial da FACES III

	Análise Factorial		Correlação dos itens
	Factor 1	Factor 2	Na Coesão
Coesão Familiar			
Laços Emocionais			
11.Membros familiares sentem-se muito próximos (1)	.60	.01	.67
19. União familiar é muito importante (50)	.47	-.04	.63
Suporte			
1.Membros familiares pedem ajuda uns aos outros (9)	.51	.13	.59
17. Membros familiares consultam outros membros familiares nas suas decisões (38)	.48	.16	.56
Limites familiares			
7.Membros familiares sentem-se mais próximos dos outros membros(29) familiares do que das pessoas externas à família (29)	.49	-.16	.59
5.Gostamos de fazer coisas com a família imediata (14)	.39	-.01	.53
Tempo e Amigos			
9.Os membros da família gostam de passar tempo juntos (25)	.69	.07	.74
2.Nós aprovamos os amigos uns dos outros (11)	.43	.03	.51
Interesses e lazer			
13.A família encontra-se junta para efectuarem actividades e todos os membros estão presentes (30)	.54	-.05	.74
15.Conseguimos facilmente pensar em coisas que podemos fazer juntos (36)	.43	.03	.51
Adaptabilidade Familiar			
Liderança			
6.Pessoas diferentes agem como líderes na nossa família (20)	.07	.35	.47
18. É difícil de identificar um líder na nossa família (48)	-.22	.38	.48

Controle			
12.As crianças tomam decisões na nossa família(43)	-.15	.34	.45
2.Para resolver problemas, as sugestões das crianças são seguidas (2)	-.15	.37	.42
Disciplina			
4.As crianças participam na sua educação(10)	. 14	.48	.56
10.Os pais e as crianças discutem os castigos juntos(39)	.28	.37	.47
Papéis e Regras			
8.As mudanças familiares são uma forma de distribuir as tarefas(37)	-.05	.45	.53
16.Dividimos as tarefas e responsabilidades pelas pessoas(46)	.14	.38	.49
20.É difícil de definir quem desempenha cada tarefa de casa(49)	-.20	.34	.46
14. As regras mudam na nossa família(41)	-.06	.36	.45

(Olson, Portner & Lavee, 1985)

No final dos anos 70, Olson e Colaboradores desenvolveram um modelo de avaliação do funcionamento familiar, a esse modelo designaram de Modelo Circumplexo (MC) e que faz interagir três dimensões do sistema familiar: Coesão, adaptabilidade familiar e comunicação.

Independentemente destas dimensões, outros teóricos deram a sua contribuição na descrição dos sistemas familiares e maritais. A maioria destas teorias foi fortemente influenciada pela Teoria Geral dos Sistemas.

Tabela 4– Modelos Teóricos Que Usaram as Dimensões de Coesão e Adaptabilidade

	Coesão	Adaptabilidade	Comunicação
Beavers e Voeller, 1983	Centripta Centrifuga	Adaptabilidade	Afecto
Benjamin, 1977	"Affiliation"	Interdepência	
French e Guldera, 1974		Capacidade de mudar Poder	
Epstein, Bishop e Levin, 1978	Envolvimento afectivo	Controlo do comportamento Resolução de problemas Regras	Comunicação Afectividade Responsabilidade
Gottman, 1979	Validação	Contraste	
Kantor e Lehr, 1975	Dimensão afectiva	Dimensão Poder	
L'Abate, 1985	Intimidade	Poder	
Leary, 1957 e Constantine, 1986	Afecto Hostilidade	Dominante Submissão	
Leff e Vaughn, 1985	Distante	Resolução de problemas	
Parsons e Bales, 1955	Regras expressivas	Regras instrumentais	
Reiss, 1981	Coordenação	Encerramento	

(Olson e cols, 1985)

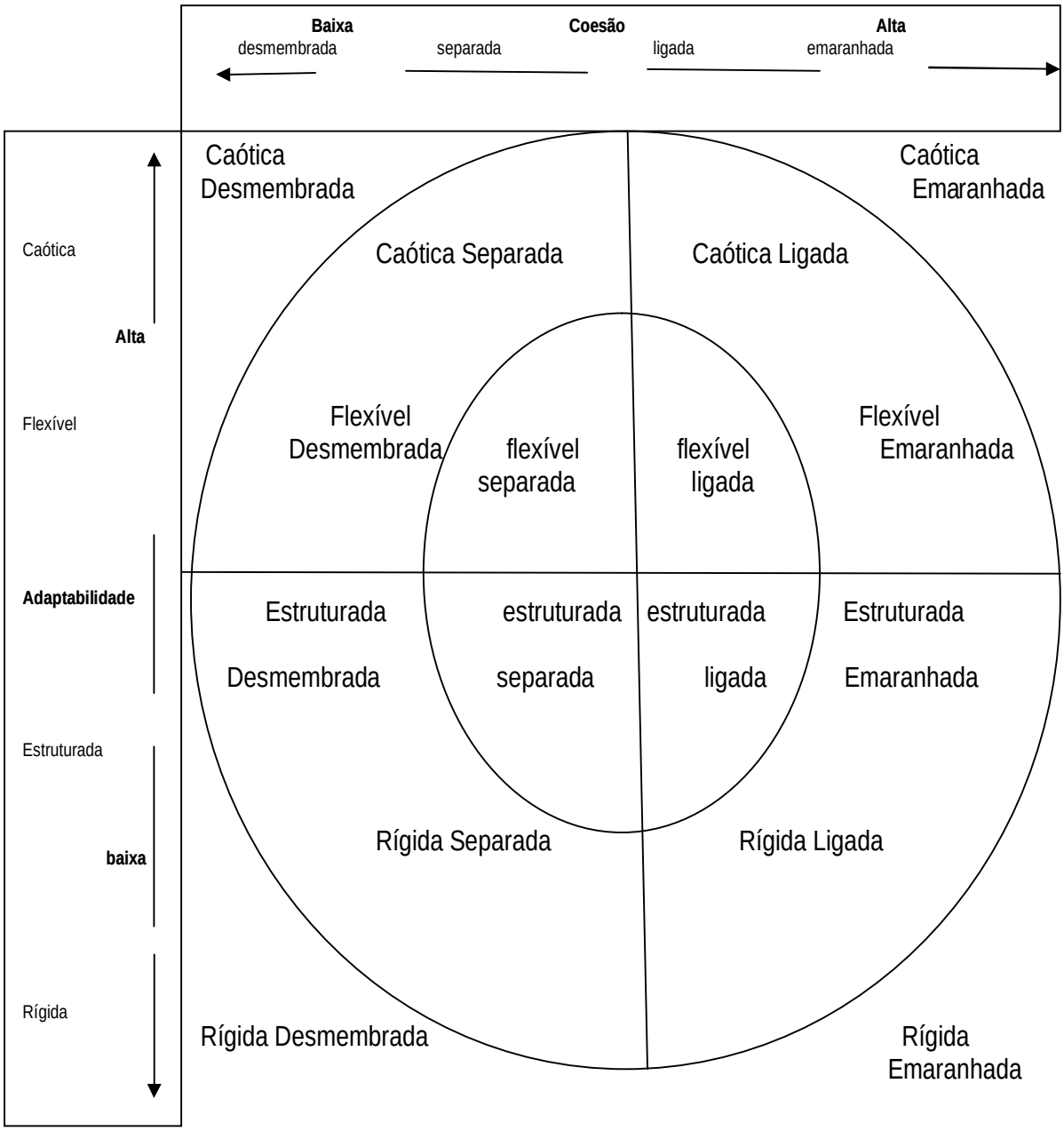
A **coesão familiar** é definida como os laços emocionais que os membros da família têm entre si. No Modelo Circumplexo, alguns conceitos específicos das variáveis podem ser usados para medir a coesão familiar; tais como: laços emocionais, limites, coligações, tempo, espaço, amigos, tomada de decisões, interesses e lazer. A coesão é dividida em 4 níveis, desde a extremamente baixa – desmembrada – até à extremamente alta – emaranhada – e os níveis moderados – separada e ligada - . Estes últimos, constituem os níveis adequados de funcionamento. Os extremos são vistos como os níveis mais problemáticos. Quando a coesão é elevada (emaranhamento), há uma sobre-identificação com a família que resulta num envolvimento extremo e numa autonomia individual limitada. No caso de a coesão ser baixa (desmembramento), o envolvimento da família é baixo (Olson, Russell & Sprenkle, 1988).

Quanto a **adaptabilidade familiar**, é definida como a capacidade de um sistema familiar e conjugal para mudar a sua vida, as suas estruturas e as regras dos relacionamentos em resposta ao *stress* situacional ou desenvolvimental. Para avaliar e medir a adaptabilidade familiar, esta dimensão inclui conceitos como: poder familiar (assertividade, controlo e disciplina), estilos de negociação, funções e normas nas relações. Da mesma forma que a coesão, a adaptabilidade familiar é composta por

quatro níveis, que vão desde extremamente baixa – rígida – até extremamente alta – caótica – sendo os níveis centrais – estruturada e flexível – considerados como equilibrados (Olson, Russell & Sprenkle, 1988).

No Modelo Circumplexo, surge uma nova dimensão, a comunicação, considerada apenas uma dimensão facilitadora do movimento entre a coesão e a adaptabilidade familiar. A comunicação pode ser positiva ou negativa e neste sentido pode facilitar ou impedir as mudanças no sistema familiar ao nível das outras duas dimensões.

Figura 2- Modelo Circumplexo



Após observação da forma ilustrada do Modelo Circumplexo, rapidamente se observa que se podem identificar 16 tipos de sistemas familiares, após divisão das dimensões coesão e adaptabilidade, em 4 níveis. Os 16 tipos podem ser agrupados em 3 tipos mais gerais, que são: equilibrados, meio-termo e extremos.

Os tipos equilibrados são os quatro tipos centrais, com pontuação moderada em ambas as dimensões, os tipos meio-termo têm pontuação equilibrada e pontuação alta ou baixa e os tipos extremos têm ambas as pontuações em amplitudes extremas.

Uma das possibilidades de um modelo teórico, é que as hipóteses possam ser deduzidas e testadas de forma a avaliar e desenvolver o modelo. Sendo assim, as hipóteses deste modelo são (Olson e cols., 1985):

Hipótese 1- as famílias/casais equilibradas ao nível da coesão e adaptabilidade familiar funcionam, geralmente de forma mais adequada ao longo do seu ciclo vital, d que as famílias nas dimensões extremas.
Hipótese 2- famílias consideradas equilibradas possuem comportamentos mais vastos e são mais capazes de mudar que as famílias extremas.
Hipótese 3- nas expectativas normativas um casal ou família suporta comportamentos extremos, no que diz respeito à coesão e adaptabilidade, pode haver um funcionamento afectivo desde que os membros aceitem estas expectativas.
Hipótese 4- famílias/casais equilibrados têm tendência a comunicar de uma forma mais positiva que as famílias dos tipos extremos.
Hipótese 5- as famílias equilibradas têm a capacidade de mudar a coesão e adaptabilidade familiar, perante situações de *stress* e mudanças desenvolvimentais ao longo do ciclo vital.
Hipótese 6- as famílias tendem a agrupar-se nos mesmos tipos, dependendo da fase do ciclo vital em que se encontram.

- **PAMaDep (Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia, realizado por Soares, I.; Dias, P.; Neves, L.; Pinho, A. e Rangel-Henriques, 1999)**

É um instrumento de auto-relato, com o objectivo de explorar a existência de indícios psicopatológicos anteriores à perturbação actual e a possibilidade de diferenciar subgrupos quanto aos percursos desenvolvimentais dos sujeitos com a mesma perturbação.

Os autores Guidano & Liotti,1991, procuraram explicar os processos de desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, através do modelo construtivista desenvolvimental que parte de uma perspectiva desenvolvimental, onde se encontram integrado os aspectos psicológicos, relacionais, orgânicos e ambientais do *self*. De acordo com este modelo, na origem da psicopatologia estão os esquemas cognitivos disfuncionais, em que as relações interpessoais precoces e a história de acontecimentos interpessoais e emocionais que ocorrem na vida dos indivíduos se encontram na base desses esquemas cognitivos (Guidano, 1991).

Quanto às perturbações do comportamento alimentar, Guidano (1991), refere que o estilo de cuidados apresentados pelos pais dos indivíduos que apresentam este tipo de perturbação, pode ser caracterizado por indefinição, contradição e até ambivalência. A desregulação do ritmo desenvolvimental, as estratégias parentais intrusivas em conjunto com outros factores, interfere com a percepção do indivíduo ser ou não uma entidade distinta da outra pessoa. Na adolescência, ocorre uma mudança da imagem parental, onde surge uma experienciação imediata confusa que perturba a aquisição de um *self* estável. De acordo com Guidano (1991), nas perturbações do comportamento alimentar, no período de desenvolvimento do indivíduo, experiencia uma forte desilusão com a figura de vinculação preferida (normalmente o pai), o que prejudica a sua própria identidade, pois é dessa figura que são retirados os sentimentos que definem o indivíduo como pessoa ou seja como imagem pessoal.

Guidano (1991) refere que numa situação desenvolvimental, o conceito de diferenciação do *self* (pobre diferenciação do *self*) descreve-o da seguinte forma: no que diz respeito à organização do "I" (*self* que vive a experiência imediata), a desregulação dos ritmos precoces, associada a um padrão

indiferenciado de modulação psicofisiológica, conduz a uma experienciação confusa e dolorosa do *self,* que vai oscilar constantemente entre a experiência do reconhecimento de que os seus estados internos são delimitados a partir do exterior (o sentido de individualidade é caracterizado pelo sentimento de ineficácia pessoal) e a experiência de que a definição de modulação emocional é delimitada internamente (sentido de individualidade surge com sentimentos de vazio e de auto-descrença). Desta forma, os sentimentos de vazio e de ineficácia pessoal tornam-se a "base" principal do "I" emergente.

Outro conceito importante para Guidano é o "Me", em que as experiências do indivíduo são reordenadas num sentido de *self* deferido pelos pontos de referência externos. O reconhecimento do *self* é coincidente com as expectativas da figura de vinculação e o perfil do "Me" reflectido numa auto-imagem adequada a tais expectativas. Assim única forma de definir um *self* autónomo dos julgamentos dos outros passam pelo desenvolvimento do perfeccionismo.

Relativamente à orientação da atribuição causal, ou seja a atribuição causal externa e atribuição causal interna, Guidano refere que: se a avaliação efectuada pelo indivíduo, for vivenciada como resultante da sua própria actividade, a orientação da atribuição causal será externa, contudo se a avaliação do indivíduo for experienciada como resultado de uma coação no sentido de se adaptar a um acontecimento perturbador então, irá prevalecer a orientação da atribuição causal interna. Assim, quando a atribuição causal é de orientação externa:

- A percepção que o "Me" tem em relação aos outros é que estes são falsos e intrusivos (o individuo tenta lutar contra estes sentimentos através de atitudes positivas e controladas de forma a manter os sentimentos de vazio e ineficácia em níveis aceitáveis).

Se a atribuição causal for interna:
- O "Me" procura restringir o efeito perturbador das desconfirmações esperadas atribuindo-as a traços específicos e conceitos do *self*.

É importante referir que as atribuições causais externas, de acordo com Guidano (1991), envolvem padrões corporais e motores mais activos e que podem desenvolver perturbações próximas da anorexia nervosa.

O "I", a partir da adolescência é reorganizado numa auto-imagem dependente do equilíbrio que o indivíduo foi capaz de efectuar entre a necessidade de aprovação por parte dos outros e o medo de intrusão e decepção das relações que lhe são significativas

Neste contexto, a oscilação do "Me" relativamente ao "I", a alimentação e o comportamento motor surgem, como actividades distractivas, de forma a evitar que os sentimentos de vazio e a ineficácia se tornem conscientes. Assim, evita, igualmente que a imagem corporal não aceite surja como principal modo de desencadear os sentimentos relativos à sua aparência. Os indivíduos anorécticos lutam contra a imagem de fracasso através do controlo dos impulsos de comer. De uma forma geral, os indivíduos com perturbações do comportamento alimentar procuram minimizar as possibilidades de desilusão e aumentar os sentimentos de eficácia e valorização pessoal.

Este instrumento foi elaborado pelos autores Soares, I.; Dias, P.; Neves, L.; Pinho, A. e Rangel-Henriques, tendo por base a teoria de Guidano e Liotti que realça a importância das relações de vinculação na organização da psicopatologia. Na construção deste instrumento tomou-se em consideração os conhecimentos acerca de diferentes perturbações, sendo a sua utilização indicada preferencialmente para a depressão, agorafobia e perturbações do comportamento alimentar (Dias, P. 2007).

O PAMaDep é constituído por quatro questionários intitulados "Quando eu era pequeno(a)"; "Antes de ter o problema"; "Forma Pai" e "Forma Mãe". Os questionários "Forma Pai" e "Forma Mãe" tiveram subjacente aspectos teóricos relativos à representação de vinculação.

Foram seleccionados itens associados aos perfis evitantes, ansiosos, de superprotecção e de inversão de papel, pois vários autores sugerem estar subjacentes às perturbações de depressão, agorafobia e perturbações do comportamento alimentar.

Os questionários "Forma Mãe" e "Forma Pai", apresentam estruturas factoriais com 3 dimensões relevantes e semelhantes: **rejeição, superprotecção e inversão de papel**. A sub-escala de rejeição integra itens relativos à percepção da rejeição, na infância por parte da mãe e do pai. A sub-escala da sobreprotecção é composta por itens que apelam à percepção de ter sido protegido em demasia na infância pela mãe ou pelo pai, limitando a autonomia. A sub-escala de fusão/inversão de papel é constituída por itens relativos à percepção de uma relação fusional, com inversão de prestação de cuidados com a mãe e com o pai.

Quanto ao questionário "Quando eu era pequeno(a)", teve-se em consideração as descrições do DSM-IV e as abordagens dos modelos cognitivo-construtivistas e narrativos dos autores Guidano, Liotti, Lorenzini e Sassardi, Gonçalves e Maia. A estrutura factorial do questionário "Quando eu era pequeno(a)", apresenta 3 dimensões teoricamente relevantes: **abandono, dependência e hiperpreocupação com a família.** A sub-escala abandono/rejeição é composta por itens relativos à percepção de experiências de abandono e rejeição na infância.

A sub-escala dependência possui itens relacionados com a percepção de dependência em relação aos adultos, durante a infância. Relativamente à sub-escala de hiperpreocupação com a família, esta é composta por itens que se reportam à experiência, durante a infância, de uma preocupação excessiva com a família, morte ou ausência prolongada por parte de um ou ambos os pais.

O questionário "Antes de ter o problema", não foi utilizado, considerando que não era pertinente focalizamos o nosso estudo nas características do sujeito com perturbações do comportamento alimentar.

Os três questionários deste protocolo – "Forma Pai"; "Forma Mãe" e "Quando era pequeno(a)" foram alvo de um estudo psicométrico, tendo sido aplicados junto de uma amostra da população não-clínica. O estudo realizado contribuiu para o desenvolvimento da versão final do protocolo e para avaliação de indicadores de validade e fidelidade, que demonstram serem satisfatórios em todas as dimensões avaliadas (Soares, Rangel-Henriques, Neves, Pinho & Dias, enviado para publicação).

4.5- Caracterização do Estudo

Neste estudo participaram 79 jovens do sexo feminino e respectivos pais e mães, divididos por 2 grupos: grupo estudo (42 jovens com diagnóstico de anorexia nervosa) e respectivos pais e mães e o grupo controlo (37 jovens da população normal) e respectivos pais e mães.

Com o intuito de eliminar o maior número de diferenças individuais possíveis entre os dois grupos, procuramos emparelhar as amostras em variáveis que são consideradas importantes: idade, escolaridade e estado civil. É importante referir que ao emparelhar estas variáveis, limitamos o número disponível de participantes a entrar no grupo controlo.

4.5.1- Características Demográficas

A informação relativa à caracterização demográfica das participantes e a história alimentar foi recolhida através de duas fichas incluídas no protocolo PAMaDeP. A primeira ficha permite registar informações acerca das características sócio-demográficas nomeadamente idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, habilitações e profissão dos pais, residência e a independência económica em relação aos pais. Na segunda ficha são avaliadas as características específicas da história da anorexia nervosa.

Nos quadros que se seguem representamos as características demográficas no que respeita às variáveis idade, peso actual, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) (Tabela 5), níveis de educação (Tabela 6), estado civil (Tabela 7), profissão (Tabela 8) e estabelecimento de ensino (Tabela 9).

Tabela 5- Variáveis idade, Peso Actual, Altura e IMC

Variáveis	Grupo	N	Média	Desvio-Padrão
Idade	Controlo	37	19,86	5,202
	Estudo	42	21,67	4,404
Peso Actual	Controlo	37	56,257	5,3432
	Estudo	42	42,967	5,7216
Altura actual	Controlo	37	1,6530	0,03763
	Estudo	42	1,6336	0,07264
IMC	Controlo	37	20,5696	1,57255
	Estudo	42	15,9691	1,68072

No que diz respeita à variável idade, no grupo de estudo a média de **idades** é de 21,61 (dp=4,404) e no grupo controlo a média de idades é de 19,86 (dp=5,202). No grupo de estudo a média de **peso actual** é de 42,967 (dp=5,7216) e o peso actual médio do grupo controlo é de 56,257 (dp = 5,3432). Na variável **altura**, o grupo de estudo tem como média da altura actual 1,6336 m (dp=0,07264) e o grupo controlo tem como média 1,6530 m (dp=0,03763). Na variável IMC a média do grupo de estudo de 15,9691 de IMC (dp=1,68072) e do grupo controlo de 20,5696 IMC (dp=1,57255). (Tabela 5).

Quanto ao **nível de escolaridade**, podemos observar, que 31% (n=13) das jovens do grupo estudo encontram-se com o 12ºano. (Tabela 6).

Tabela 6 - Nível de Escolaridade

Ano de Escolaridade	Grupo Controlo (%)	Grupo Estudo(%)	Total (%)
9º ano	32,4% (n=12)	19% (n=8)	25,3% (n=20)
10º ano	18,9% (n=7)	2,4% (n=1)	10,1% (n=8)
11º ano	0% (n=0)	11,5% (n=5)	6,3% (n=5)
12º ano	48,6%(n=18)	31,0% (n= 13)	39,2% (n=31)
Frequência faculdade	0% (n=0)	11,9% (n=5)	6,3% (n=5)
Licenciatura	0% (n=0)	23,8% (n= 10)	12,7% (n=10)
Total	100% (n=37)	100% (n=42)	100% (n=79)

Na variável **estabelecimento de ensino,** no grupo controlo encontramos 19 jovens (51,4%) do Colégio do Rosário e 18 jovens (48,6%) do ISSSP. No Grupo de estudo, não houve discriminação da variável estabelecimento de ensino. (Tabela 7).

Tabela 7 – Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Grupo Controlo	Grupo Estudo	Total
Colégio do Rosário	51,4% (n= 19)	0% (n=0)	24,1% (n=19)
ISSSP	48,6% (n=18)	0% (n=0)	22,8% (n=18)
Outro	0% (n=0)	100% (n= 42)	53,2% (n=42)
Total	100% (n=37)	100% (n=42)	100% (n=79)

No que diz respeito ao **estado civil**, no grupo de estudos encontramos 32 jovens com estado civil de solteira, 7 jovens são casadas, contudo residem com os pais e 3 jovens encontram-se divorciadas e residem com os pais. No grupo controlo, encontram-se 37 jovens com estado civil de solteiro (Tabela 8).

Tabela 8 – Estado Civil

Estado Civil	Grupo Controlo	Grupo Estudo	Total
Solteira	100% (n=37)	76,2% (n=32)	87,3% (n=69)
Casada	0% (n=0)	16,7% (n=7)	8,9% (n=7)
Divorciada	0% (n=0)	7,1% (n=3)	3,8% (n=3)
Total	100% (n=37)	100% (n=42)	100% (n=79)

Na variável **profissão** das jovens encontramos no grupo clínico, 28 (66,7%) estudantes e 14 (17,7%) estudantes/trabalhadores. No grupo controlo encontramos 37 estudantes (100%). (Tabela 9)

Tabela 9- Profissão

Profissão	Grupo Controlo	Grupo Estudo	Total
Estudante	100% (n=37)	66,7% (n=28)	82,3% (n=65)
Estudante/Trabalhador	0% (n=0)	33,3% (n=14)	17,7% (n=14)
Total	100% (n=37)	100% (n=42)	100% (n=79)

4.5.2- Características Familiares do Estudo

Características Específicas do Grupo de estudo

A recolha da amostra clínica decorreu entre os meses de Junho e Setembro em 2008. Este período foi um pouco longo devido às diversas dificuldades encontradas, sendo uma das principais a especificidade desta perturbação (anorexia nervosa), que originou a que por vezes não se recolhessem quaisquer dados para a investigação. É de realçar que a maioria das pacientes contactadas mostraram vontade e motivação para participar na investigação, outras recusavam a princípio e na consulta seguinte referiam que gostariam de participar. Os progenitores das pacientes, aquando contactados predispuseram-se a participar na investigação.

Foi contacto o Hospital de S. João (Porto), Serviço de Psiquiatria, onde decorrem Consultas Específicas da Perturbação do Comportamento Alimentar para ser recolhida a nossa amostra clínica. Não houve diferenciação entre os subtipos de anorexia nervosa, pois no momento da investigação não se considerou relevante, já que a investigação iria incidir no funcionamento familiar e não na perturbação propriamente dita.

Relativamente às Características demográficas dos progenitores, podemos observar na tabela 10 que a profissão mais cotada do Pai, encontra-se na categoria “outros” (n=19, 45%), onde se encontram as profissões ligadas à educação, advocacia e administrativos.

Tabela 10- Profissão Pai (Grupo de Estudo)

Profissões	Frequência (n)	Percentagem (%)
Vendedor	3	7,1%
Dentista	1	2,4%
Médico	1	2,4%
Enfermeiro	2	4,8%
Engenheiro	2	4,8%
Construção Civil	7	16,7%
Desempregado	7	16,7%
Outros	19	45,2%
Total	42	100%

No Tabela 11 podemos verificar o nível de escolaridade do Pai das jovens com Anorexia Nervosa, observando-se que a maioria se encontra com o grau académico de licenciado (n= 13; 35,1%).

Tabela 11- Escolaridade Pai (Grupo de Estudo)

Escolaridade	Frequência (n)	Percentagem (%)
Mestrado	1	2,4%
Licenciatura	9	21,4%
12º ano	9	21,4%
9º ano	8	19,0%
6º ano	7	16,7%
4º ano	5	11,9%
Curso técnico	3	7,1%
Total	42	100%

No que diz respeito às Mães das jovens com Anorexia Nervosa, observa-se no Tabela 12 que a maioria das mães encontram-se na categoria "outros" (n= 23; 54,8%), que diz respeito às profissões relacionadas com educação, empregadas de limpeza e administrativas.

Tabela 12- Profissão Mãe (Grupo de Estudo)

Profissão	Frequência (n)	Percentagem (%)
Médico	1	2,4%
Enfermeiro	3	7,1%
Doméstico	10	23,8%
Desempregado	5	11,9%
Outros	23	54,8%
Total	42	100%

Quanto ao nível de escolaridade das Mães, 11 mães (37%) encontram-se com o 12º ano de escolaridade (Tabela 13).

Tabela 13- Escolaridade Mãe (Grupo de Estudo)

Escolaridade	Frequência (n)	Percentagem (%)
Mestrado	2	4,8%
Licenciatura	7	16,7%
12º ano	11	26,2%
9º ano	7	16,7%
6º ano	6	14,3%
4º ano	7	16,7%
Curso técnico	2	4,8%
Total	42	100%

Com a ajuda do PAMaDeP, podemos caracterizar melhor o nosso grupo de estudo, quanto à Anorexia Nervosa. Como podemos observar na Tabela 14, de acordo com as participantes do grupo de estudo, a idade de inicio do seu problema actual situa-se aos 15 anos e apenas 2,4% das jovens com anorexia nervosa (n=1), iniciaram com 23 anos. Sendo a média de idades do inicio do problema actual de 17,7 anos (dp=2,575).

Tabela 14- Idade de Início da Anorexia Nervosa

Que idade tinha quando teve início o seu problema actual?	Grupo de Estudo (n)	Percentagem (%)
14	7	16,7%
15	8	19,0%
16	5	11,9%
17	5	11,9%
18	3	7,1%
19	4	9,5%
20	5	11,9%
21	3	7,1%
22	1	2,4%
23	1	2,4%
Total	42	100%

Observando o Tabela 15, verifica-se que 90,5% (n=38) das pacientes referem não terem tido qualquer outro tipo de perturbação do comportamento alimentar; apenas 9,5% (n=4) refere terem tido outro tipo de perturbação do comportamento alimentar.

Tabela 15- Existência de outro tipo de Perturbação Alimentar

Já teve, no passado outro tipo de perturbação alimentar?	Grupo de Estudo (n)	Percentagem (%)
SIM	4	9,5%
NÃO	38	90,5%
Total	42	100%

Das jovens que tiveram outro tipo de perturbação do comportamento alimentar, 75% diz ter ocorrido na adolescência, 25% refere que ocorreu já quando adulto. (Tabela 16)

Tabela 16- Em que altura ocorreu esta Perturbação Alimentar

Quando é que aconteceu?	Grupo de Estudo (n)	Percentagem (%)
Adolescência	4	75,0%
Adulto	1	25,0%
Total	4	100%

Na tabela 17 podemos observar que 50% do grupo de estudo, se encontra com diagnóstico de anorexia nervosa há menos de um ano, 25% com diagnóstico com mais de um ano e outros 25% há mais de 2 anos.

Tabela 17- Por Quanto Tempo se Manteve com a Doença

Quanto tempo se manteve assim?	Grupo de Estudo (n)	Percentagem (%)
Menos de 1 ano	2	50,0%
Mais de 1 ano	1	25,0%
Mais de 2 anos	1	25,0%
Total	4	100%

Observando-se a tabela 18, todas as pacientes (n=42, 100%) encontravam-se num momento especial na sua vida em que ocorreram acontecimentos, conflitos ou mudanças significativas.

Tabela 18- Etapa Especial aquando do Inicio da Anorexia Nervosa

Nos 12 meses prévios ao início do seu problema, encontrava-se numa etapa especial da sua vida em que tivessem ocorrido acontecimentos, conflitos ou mudanças significativas?	Grupo de Estudo (n)	Percentagem (%)
SIM	42	100%
NÃO	0	0%
Total	42	100%

Na Tabela 19, podemos observar a idade que as jovens tinham quando recorreram pela primeira vez a um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico para tratar a anorexia nervosa, 9 jovens

(21,4%) iniciaram o tratamento com 19 anos, sendo a idade mínima de 16 anos e a idade máxima de 27 anos. A média de idades é de 20,19 (dp=2,998).

Tabela 19- Que idade tinha quando recorreu pela primeira vez ao acompanhamento psiquiátrico ou psicológico

Que idade tinha quando recorreu pela primeira vez a um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico para tratar o seu problema?	Grupo de Estudo (n)	Percentagem (%)
16	3	7,1%
17	4	9,5%
18	8	19,0%
19	9	21,4%
20	1	2,4%
21	3	7,1%
22	3	7,1%
23	4	9,5%
24	3	7,1%
25	1	2,4%
26	2	4,8%
27	1	2,4%
Total	42	100%

Tabela 20- Média de idades das Jovens com Anorexia Nervosa * Estatística Descritiva

	Frequência (n)	Idade Mínima	Idade Máxima	Média	Desvio-padrão
Que idade tinha quando recorreu pela primeira vez a um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico para tratar o seu problema?	42	16	27	20,19	2,998

As razões que levaram as jovens do grupo de estudo a recorrerem ao psiquiatra e/ou psicólogo, na sua maioria foi por motivo de conflitos familiares (26,2%; n=11). O segundo motivo era a sobrecarga de exigências (16,7%;n=7). (Tabela 21).

Tabela 21- Razões que levaram as Jovens a recorrerem a apoio Psiquiátrico/Psicológico

Razões que levaram as jovens a recorrerem a apoio Psiquiátrico/Psicológico	Frequência (n)	Percentagem (%)
Doenças	4	9,5%
Acidentes	2	4,8%
Rompimento de uma relação afectiva (namorado/amigo)	6	14,3%
Conflitos familiares	11	26,2%
Sobrecarga de exigências	7	16,7%
Mudança de residência/escola	2	4,8%
Entrada na Universidade	1	2,4%
Morte de pessoas queridas	3	7,1%
Outros	6	14,3%
Total	42	100%

A maioria das pacientes considerou que a anorexia nervosa tinha uma interferência grave na sua vida. (59,5%, n=25) (Tabela 22).

Tabela 22- Grau de interferência da Anorexia Nervosa na sua vida

Actualmente, qual o grau de interferência do problema com a sua vida, incluindo trabalho, família, amigos, actividades, etc	Frequência (n)	Percentagem (%)
Leve	1	2,4%
Moderado	15	35,7%
Severo	25	59,5%
Muito Severo	1	2,4%
Total	42	100%

Quando questionadas sobre a sua percepção de evolução da anorexia nervosa 54,8% das pacientes (n=23) referem que a evolução do seu problema varia com altos e baixos. (Tabela 23)

Tabela 23- Percepção da evolução da Anorexia Nervosa

Numa apreciação geral, como considera que tem sido a evolução deste seu problema	Frequência (n)	Percentagem (%)
Agravou-se	1	2,4%
Melhorou	5	11,9%
Manteve-se	13	31,0%
Variável (altos e baixos)	23	54,8%
Total	42	100%

No Tabela 24 podemos observar que 9 das jovens com anorexia nervosa (21,4%), referem que na sua família existem membros com problemas psicológicos ou psiquiátricos.

Tabela 24- Membros da famílias que possam ter algum problema psiquiátrico/psicológico

Há alguém na sua família mais próxima que tenha tido algum problema psicológico ou psiquiátrico?	Frequência (n)	Percentagem (%)
SIM	9	21,4%
NÃO	33	78,6%
Total	42	100%

Características Específicas do Grupo Controlo

A amostra do Grupo Controlo foi recolhida entre Junho e Outubro de 2008. Para isso foram contactados duas instituições para recolher a nossa amostra controlo, o Colégio do Rosário (Porto) e o ISSSP (Instituto Superior Serviço Social do Porto, Senhora da Hora). Os protocolos foram administrados às alunas do sexo feminino. Vários foram os factores que serviram como **critérios de exclusão**, a existência de frequência de consulta de psicologia ou psiquiatria, idade inferior a 15

anos e residirem em contexto não familiar. Todas as jovens foram pesadas e pedidos os Bilhetes de Identidade para confirmar a altura, com o objectivo de se encontrar o IMC (Índice de Massa Corporal) e foram excluídas todas as jovens que tivessem o IMC inferior a 18.

Após estabelecidos todos os critérios de exclusão, emparelhou-se, de forma possível as participantes do grupo de estudo com as participantes do grupo controlo, em variáveis como a idade, peso, altura, IMC, escolaridade e variáveis da família (profissão e escolaridade da mãe e do pai). A maioria dos dados já foram apresentados, apenas acrescentamos que 29,7% dos pais das jovens sem anorexia nervosa, se encontram na categoria "outros" (n=11, 29,7%) na profissão, onde se encontram as profissões ligadas à educação, advocacia e administrativos (Tabela 25). Quanto à escolaridade, observamos, que 13 pais têm o grau de licenciado (35,1%) (Tabela 26). No que diz respeito às características das mães das jovens sem anorexia nervosa, observa-se que a maioria se encontra na categoria "outros" (n=17, 45,9%) na profissão, onde estão profissões ligadas com educação, empregadas de limpeza e administrativas. (Tabela 27). O nível de escolaridade das mães do grupo controlo, 14 mães são licenciadas, o que equivale a 37,8% da amostra desse grupo. (Tabela 28)

Tabela 25- Profissão Pai (Grupo Controlo)

Profissão	Frequência (n)	Percentagem (%)
Vendedor	4	10,8%
Analista de sistemas	1	2,7%
Dentista	1	2,7%
Médico	5	13,5%
Enfermeiro	1	2,7%
Engenheiro	5	13,5%
Desempregado	3	8,1%
Construção Civil	6	16,2%
Outros	11	29,7%
Total	37	100%

Tabela 26- Escolaridade Pai (Grupo Controlo)

Escolaridade	Frequência (n)	Percentagem (%)
Doutoramento	3	8,1%
Mestrado	2	5,4%
Licenciatura	13	35,1%
12º ano	9	24,3%
9º ano	2	5,4%
6º ano	7	18,9%
4º ano	1	2,7%
Total	37	100%

Tabela 27- Profissão Mãe (Grupo Controlo)

Profissão	Frequência (n)	Percentagem (%)
Médico	4	10,8%
Engenheiro	1	2,7%
Doméstico	1	2,7%
Construção Civil	14	37,8%
Outros	17	45,9%
Total	37	100%

Tabela 28- Escolaridade Mãe (Grupo Controlo)

Escolaridade	Frequência (n)	Percentagem (%)
Doutoramento	2	5,4%
Mestrado	2	5,4%
Licenciatura	14	37,8%
12º ano	11	29,7%
9º ano	4	10,8%
6º ano	4	10,8%
Total	37	100%

CapítuloV- Apresentação dos Resultados

5.1-Resultados da Investigação

5.1.1- Avaliação do Funcionamento Familiar

A) Hipóteses da dimensão Coesão familiar (Real)

A1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de coesão da família (Real).

A2- A mãe da jovem com anorexia nervosa distingue-se da mãe da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão da família (Real).

A3- O pai da jovem com anorexia nervosa distingue-se do pai da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão da família (Real).

B) Hipóteses da dimensão Adaptabilidade familiar (Real)

B1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de adaptabilidade da família (Real).

B2- A mãe da jovem com anorexia nervosa distingue-se da mãe da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade da família (Real).

B3- O pai da jovem com anorexia nervosa distingue-se do pai da jovem sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade da família (Real).

C) Hipóteses da dimensão Coesão familiar (Ideal):

C1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de coesão familiar (ideal).

C2- As mães das jovens com anorexia nervosa distinguem-se das mães das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão família (ideal).

C3- Os pais das jovens com anorexia nervosa distinguem-se dos pais das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de coesão família (ideal).

D) Hipóteses da dimensão Adaptabilidade familiar (Ideal):

D1- As jovens com anorexia nervosa distinguem-se das jovens sem anorexia nervosa na percepção dos níveis de adaptabilidade familiar (ideal).

D2- As mães das jovens com anorexia nervosa distinguem-se das mães das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade familiar (ideal).

D3- Os pais das jovens com anorexia nervosa distinguem-se dos pais das jovens sem anorexia nervosa, na percepção dos níveis de adaptabilidade familiar (ideal).

Efectuando a comparação dos dados dos elementos do grupo de estudo e do grupo controlo, sobre coesão e adaptabilidade e avaliado pelo instrumento FACES III, podemos observar os resultados (Tabela 29).

Tabela 29- Comparação dos dados sobre Coesão e Adaptabilidade entre o grupo de estudo e o grupo controlo.

Coesão e Adaptabilidade	Grupos	N	Média	Desvio Padrão	Erro médio
Filha –Coesão (Real)	Controlo	37	36,70	5,517	0,907
	Estudo	42	35,40	4,162	0,642
Mãe – Coesão (Real)	Controlo	37	38,73	5,157	0,848
	Estudo	42	36,90	3,894	0,601
Pai –Coesão (Real)	Controlo	37	37,27	5,709	0,939
	Estudo	42	35,24	3,875	0,598
Filha – Adaptabilidade (Real)	Controlo	37	24,46	4,154	0,683
	Estudo	42	25,69	3,803	0,587
Mãe – Adaptabilidade (Real)	Controlo	37	26,03	5,014	0,824
	Estudo	42	26,12	4,457	0,688
Pai – Adaptabilidade (Real)	Controlo	37	24,68	5,276	0,867
	Estudo	42	25,55	3,921	0,605
Filha – Coesão (Ideal)	Controlo	37	41,57	4,419	0,727
	Estudo	42	40,40	4,237	0,654
Mãe– Coesão (Ideal)	Controlo	37	43,57	3,870	0,636
	Estudo	42	40,05	3,695	0,570
Pai – Coesão (Ideal)	Controlo	37	40,86	4,797	0,789
	Estudo	42	38,95	4,477	0,691
Filha – Adaptabilidade (Ideal)	Controlo	37	33,05	6,009	0,988
	Estudo	42	33,81	4,032	0,622
Mãe– Adaptabilidade (Ideal)	Controlo	37	34,24	4,827	0,794
	Estudo	42	33,98	3,599	0,555

Pai– Adaptabilidade (Ideal)	Controlo	37	29,51	4,903	0,806
	Estudo	42	29,36	4,023	0,621
Coesão Familiar Real	Controlo	37	37,57	4,098	0,674
	Estudo	42	35,85	2,843	0,439
Adaptabilidade Familiar Real	Controlo	37	25,05	3,136	0,516
	Estudo	42	25,79	2,458	0,379
Coesão Familiar Ideal	Controlo	37	42,00	2,832	0,466
	Estudo	42	39,80	2,932	0,452
Adaptabilidade Familiar Ideal	Controlo	37	32,27	3,472	0,571
	Estudo	42	32,38	2,190	0,338
Funcionamento Familiar Real	Controlo	37	62,62	6,419	1,055
	Estudo	42	61,63	4,487	0,692
Funcionamento Familiar Ideal	Controlo	37	74,27	5,167	0,850
	Estudo	42	72,18	4,310	0,665

Relativamente à **Coesão Familiar (Real e Ideal),** a média dos resultados na percepção da coesão familiar da filha no grupo de estudo é de 35,40 (percepção Real da família) e de 40,40 (percepção Ideal da família) em comparação com a média dos resultados da percepção da coesão familiar da filha no grupo controlo, 36,70 (percepção Real da família) e de 41,57 (percepção Ideal da família). Observa-se que os resultados dos dois grupos não apresentam valores estatisticamente significativos sendo a mãe o membro da família que revela maior percepção de coesão familiar (Real e Ideal). (Tabela 30).

Quanto à **Adaptabilidade Familiar (Real e Ideal),** a média dos resultados na percepção da adaptabilidade familiar da filha no grupo de estudo é de 25,69 (percepção Real da família) e de 33,81 (percepção Ideal da família), em comparação com a média dos resultados da percepção da adaptabilidade da filha do grupo controlo, 24,46 (percepção Real da família) e de 33,05 (percepção Ideal da família). Observa-se que os resultados dos dois grupos não apresentam valores estatisticamente significativos sendo a mãe o membro da família que revela maior percepção de adaptabilidade familiar (Real e Ideal). (Tabela 31).

No que diz respeito ao **funcionamento familiar (Real e Ideal),** observam-se que os valores médios são mais elevados na percepção do funcionamento familiar Ideal, no grupo controlo.

Tabela 30- Percepção da Coesão Familiar (Real e Ideal)

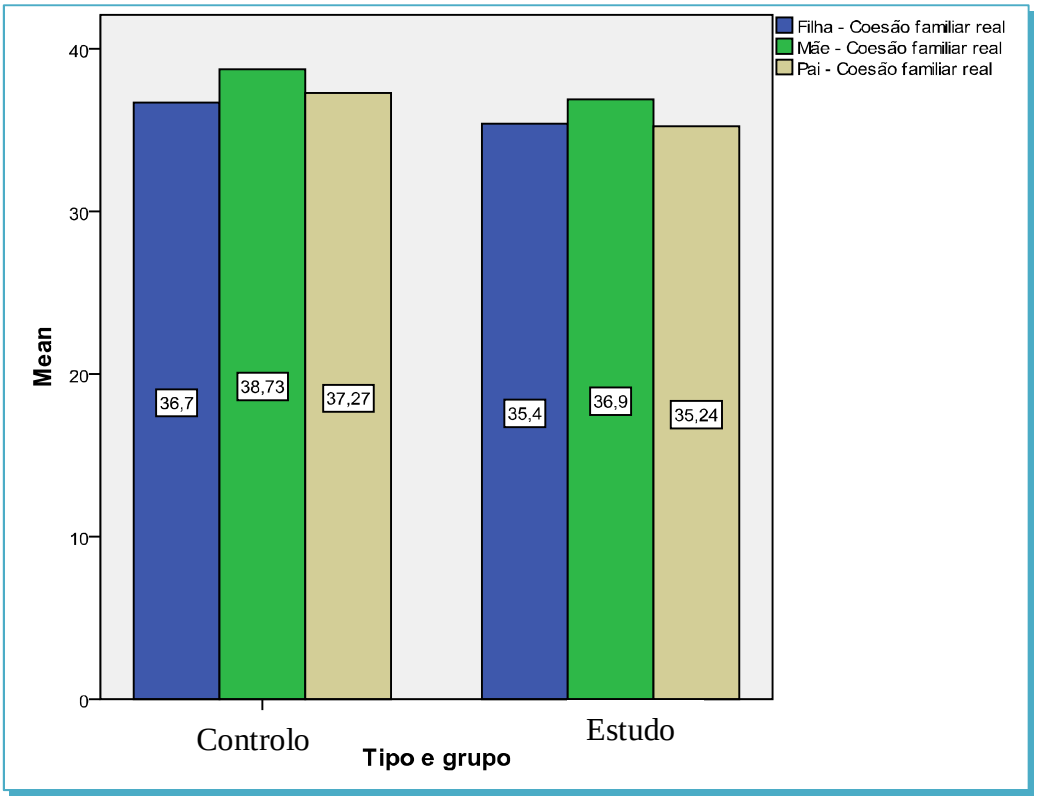
Teste t para amostras independentes

		Teste de Levene para variâncias iguais		Teste t para igualdade das médias		
Dimensões	**Variâncias**	**F**	**Sig.**	**t**	**df (graus de liberdade)**	**Sig. Bilateral (p)**
Filha – Coesão Familiar (Real)	Variâncias iguais assumidas	1,776	0,187	1,189	77	0,238
	Variâncias iguais não assumidas			1,168	66,473	0,247
Mãe – Coesão Familiar (Real)	Variâncias iguais assumidas	3,640	0,060	1,787	77	0,078
	Variâncias iguais não assumidas			1,756	66,513	0,084
Pai- Coesão Familiar (Real)	Variâncias iguais assumidas	3,518	0,065	1,870	77	0,065
	Variâncias iguais não assumidas			1,826	62,161	0,073
Filha- Coesão Familiar (Ideal)	Variâncias iguais assumidas	0,002	0,967	1,193	77	0,237
	Variâncias iguais não assumidas			1,190	74,829	0,238
Mãe- Coesão Familiar (Ideal)	Variâncias iguais assumidas	0,028	0,867	4,132	77	0,000
	Variâncias iguais não assumidas			4,120	74,729	0,000
Pai- Coesão Familiar (Ideal)	Variâncias iguais assumidas	0,003	0,955	1,832	77	0,071
	Variâncias iguais não assumidas			1,824	74,127	0,072

Através do teste unilateral, verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa (t=2,068; p<0,05), na percepção da **coesão familiar (real) por parte das mães das jovens**. Observando-se **maior coesão** no grupo controlo do que no grupo de estudo. (Tabela 30).

Observa-se que após teste unilateral, as diferenças são estatisticamente significativas (t=2,1; p<0,05) na percepção da **coesão familiar (real) por parte dos pais das jovens**. A coesão é mais elevada no grupo controlo do que no grupo clínico.

Gráfico 1: Coesão Familiar



No gráfico 1, observa-se que nos dois grupos, a mãe percepciona a família com níveis de coesão mais elevada, sendo as mães do grupo controlo as que apresentam os valores mais elevados e que os pais das jovens do grupo de estudo têm os valores mais baixos de percepção da coesão familiar.

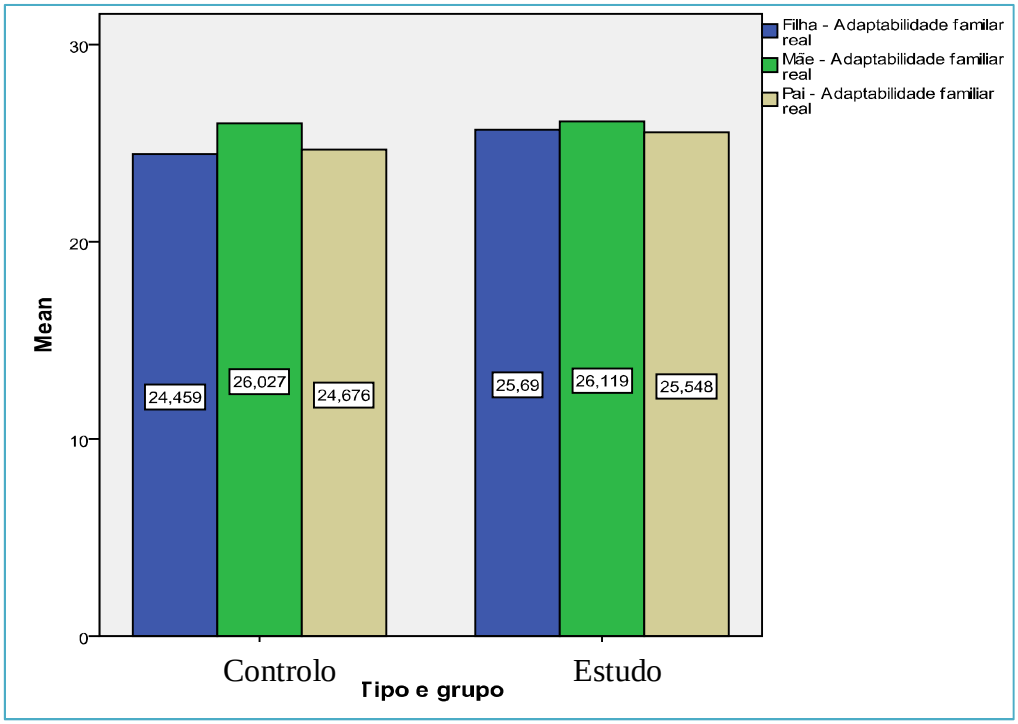
Tabela 31- Percepção da Adaptabilidade Familiar (Real e Ideal)

Teste t para amostras independentes

		Teste de Levene para variâncias iguais		Teste t para igualdade das médias		
Dimensões	**Variâncias**	**F**	**Sig.**	**t**	**df (graus de liberdade)**	**Sig. Bilateral (p)**
Filha – Adaptabilidade Familiar (Real)	Variâncias iguais assumidas	0,790	0,377	-1,375	77	0,173
	Variâncias iguais não assumidas			-1,367	73,571	0,176
Mãe – Adaptabilidade Familiar (Real)	Variâncias iguais assumidas	0,647	0,424	- 0,086	77	0,931
	Variâncias iguais não assumidas			-0,086	72,652	0,932
Pai – Adaptabilidade Familiar (Real)	Variâncias iguais assumidas	2,594	0,111	-0,840	77	0,404
	Variâncias iguais não assumidas			-0,824	65,866	0,413
Filha-Adaptabilidade-Familiar (Ideal)	Variâncias iguais assumidas	4,464	0,038	-0,663	77	0,509
	Variâncias iguais não assumidas			-0,647	61,697	0,520
Mãe-Adaptabilidade-Familiar (Ideal)	Variâncias iguais assumidas	4,858	0,031	0,281	77	0,780
	Variâncias iguais não assumidas			0,276	65,993	0,784
Pai-Adaptabilidade-Familiar (Ideal)	Variâncias iguais assumidas	2,319	0,132	0,156	77	0,877
	Variâncias iguais não assumidas			0,154	69,812	0,878

Relativamente à **adaptabilidade familiar (real),** não se observam diferenças estatisticamente significativas (t= -1,161;p= 0,249) entre o grupo controlo e o grupo de estudo. Não se observam diferenças estatisticamente significativas (t= -0,167; p=0,868) na percepção da **adaptabilidade familiar (ideal)** entre as famílias de ambos os grupos. (Tabela 31).

Gráfico 2- Adaptabilidade Familiar

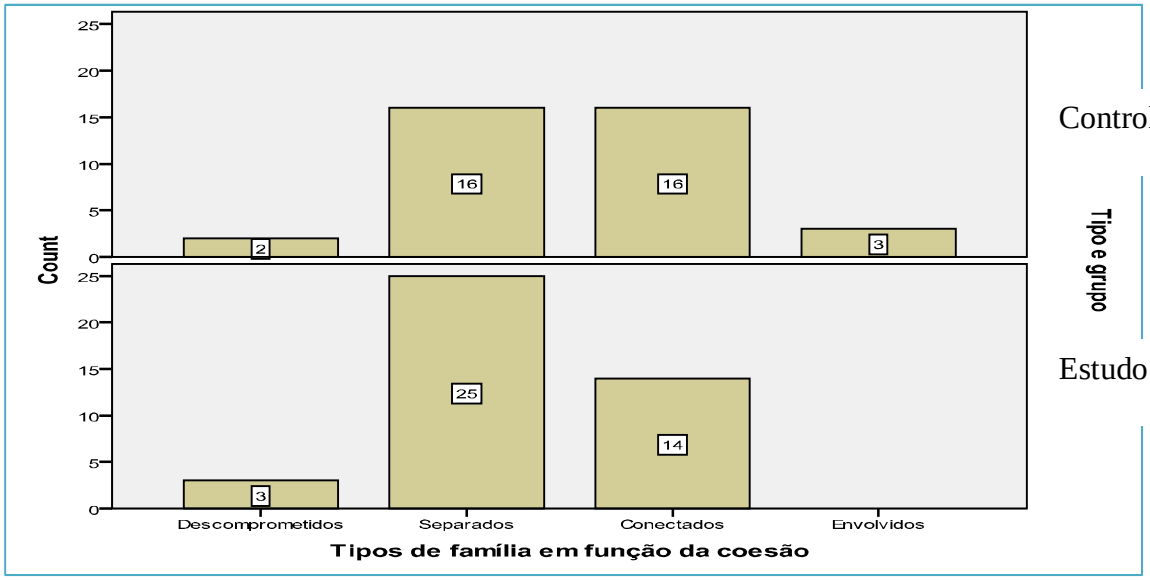


No gráfico 2, observa-se que em ambos os grupos, a mãe percepciona a sua família com níveis de adaptabilidade mais elevada que os restantes membros da família, sendo as mães do grupo de estudo as que apresentam resultados superiores, enquanto que os pais e as filhas do grupo controlo, são os membros da família que apresentam resultados mais baixos de adaptabilidade familiar.

De uma forma geral concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas (teste t para amostras emparelhadas: t= -14,298;p<0,001) na percepção da coesão familiar, sendo maior a

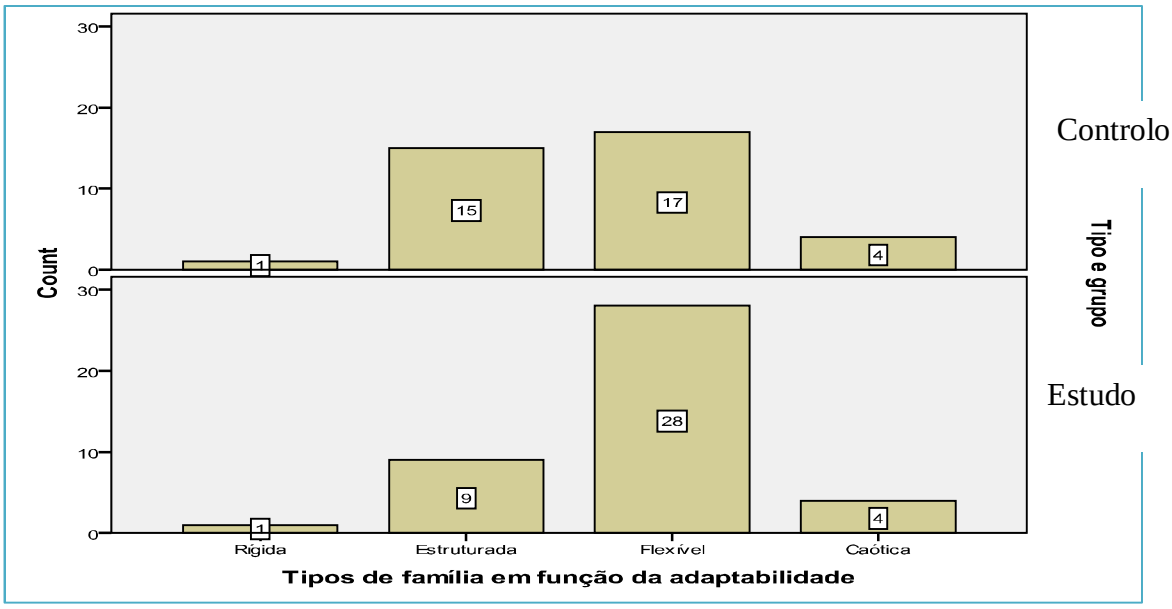
coesão familiar ideal do que a coesão familiar real. Igualmente se observam diferenças estatisticamente significativas (teste t para amostras emparelhas: t= - 22,545;p<0,001) na percepção da adaptabilidade familiar em geral, sendo maior a adaptabilidade familiar ideal do que a adaptabilidade real.

Gráfico 3 - Tipos de Família em Função da Coesão



Observa-se, através do gráfico 3, que os "tipos de família" percepcionados pelos dois grupos, não diferem com significância estatística. Percepcionam-se, ambos, como **famílias "equilibradas".**

Gráfico 4- Tipos de Família em Função da Adaptabilidade



No gráfico 4 podemos verificar que nos dois grupos o tipo de **família "flexível**" é o mais persistente.

5.1.2- Avaliação das Características dos Marcadores Desenvolvimentais

E) Hipóteses sobre a percepção que as pacientes têm da sua família

E1-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção que se apresentam com maior nível de dependência da família do que as jovens sem anorexia nervosa.

E2-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção que se apresentam com maior hiperpreocupação com a família do que as jovens sem anorexia nervosa.

E3-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de se sentirem mais abandonadas/rejeitadas do que as jovens sem anorexia nervosa.

E4-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de que tiveram o mesmo afecto, por parte das mães, que as jovens sem anorexia nervosa.

E5-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de não serem mais superprotegidas pela mãe, do que as jovens sem anorexia nervosa.

E6-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de que têm a percepção de que têm maior fusão/inversão de papel, com a mãe, do que as jovens sem anorexia nervosa.

E7-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de terem tido o mesmo afecto (rejeição) dos pais, do que as jovens sem anorexia nervosa.

E8-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de não serem mais superprotegidas pelo pai, do que as jovens sem anorexia nervosa.

E9-As jovens com anorexia nervosa têm a percepção de que têm a percepção de que têm maior fusão/inversão de papel, com o pai, do que as jovens sem anorexia nervosa.

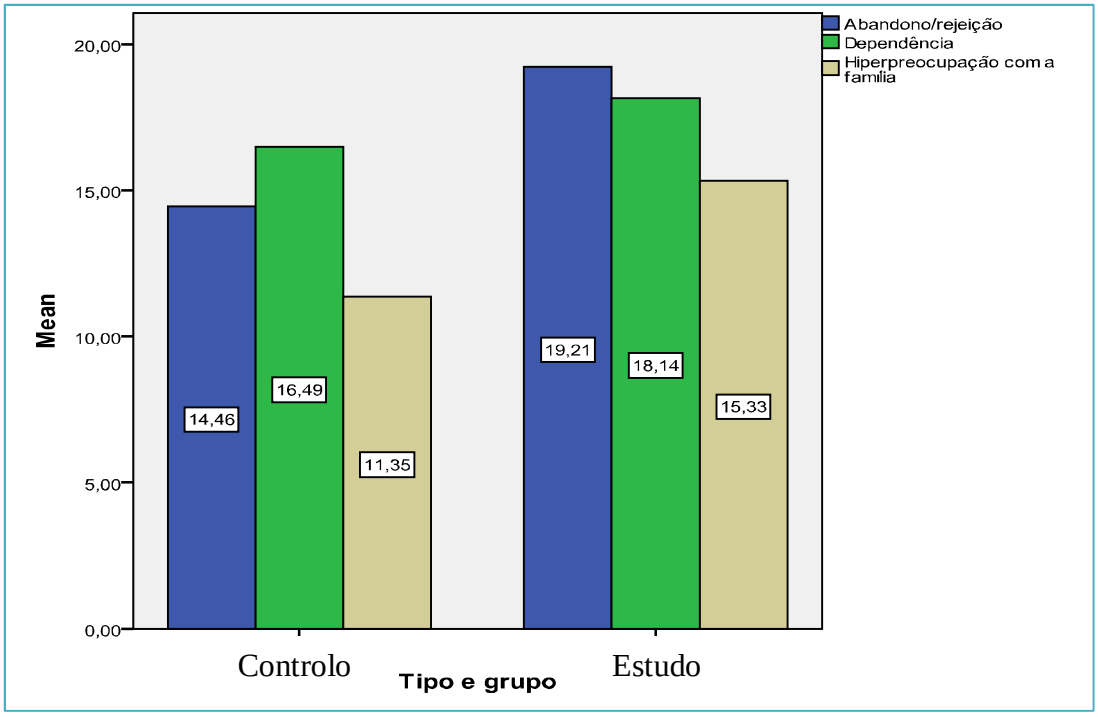
Tabela 32 - Comparação entres as Dimensões Abandono/rejeição; Dependência; Hiperpreocupação com a família; Rejeição; Sobreprotecção e Fusão/Inversão de papel.

Dimensões	Grupos	N	Média	Desvio-Padrão
Abandono/Rejeição	Controlo	37	14,4595	3,32995
	Estudo	42	19,2143	3,49589
Dependência	Controlo	37	16,4865	3,20262
	Estudo	42	18,1429	1,69031
Hiperpreocupação com a família	Controlo	37	11,3514	1,97507
	Estudo	42	15,3333	1,14053
Rejeição pela Mãe	Controlo	37	55,9459	13,03403
	Estudo	42	57,5476	9,02896
Superprotecção da Mãe	Controlo	37	34,4595	6,69409
	Estudo	42	35,8571	7,64637
Fusão/inversão de papel Mãe	Controlo	37	14,2703	3,27150
	Estudo	42	13,5238	2,80451
Rejeição pelo Pai	Controlo	37	59,7568	14,62761
	Estudo	42	60,1905	10,71638
Superprotecção do Pai	Controlo	37	27,1081	4,85217
	Estudo	42	30,9048	5,29984
Fusão/inversão de papel Pai	Controlo	37	13,9189	3,38607
	Estudo	42	14,2857	3,01448

Podemos observar no Tabela 32 que as jovens do grupo de estudo percepcionam que se sentem em média, mais **abandonadas/rejeitadas** (19,2143), que as jovens do grupo controlo (14,4595). As jovens do grupo de estudo apresentam maior percepção média de **dependência** da família

(18,1429) do que as jovens do grupo controlo (16,4865). Na dimensão **hiperpreocupação** com a família, verifica-se que as jovens do grupo de estudo apresentam níveis médios mais elevados de percepção desta dimensão (15,3333), que as jovens do grupo controlo (11,3514).

Gráfico 5- Comparação entre as Dimensões: Abandono/rejeição, Dependência e Hiperpreocupação com a família



No gráfico 5, observa-se que no grupo controlo a dimensão com valores mais elevados é a dependência enquanto no grupo de estudo, a dimensão com valores mais elevados é o abandono/rejeição. Neste sentido, o grupo controlo encontra-se mais dependente da família e o grupo de estudo mais abandonados e rejeitados pela família.

Tabela 33- Dimensões Abandono/rejeição; Dependência; Hiperpreocupação com a família.

Teste t para amostras independentes

		Teste de Levene para variâncias iguais		Teste t para igualdade das médias		
Dimensões	**Variâncias**	**F**	**Sig.**	**t**	**df (graus de liberdade)**	**Sig. Bilateral (p)**
Abandono/ Rejeição	Variâncias iguais assumidas	0,005	0,946	- 6,167	77	0,000
	Variâncias iguais não assumidas			-6,187	76,512	0,000
Dependên-cia	Variâncias iguais assumidas	14,129	0,000	-2,923	77	0,005
	Variâncias iguais não assumidas			-2,819	53,033	0,007
Hiperpreo-cupação com a família	Variâncias iguais assumidas	6,396	0,013	-11,133	77	0,000
	Variâncias iguais não assumidas			-10,782	56,014	0,000

Na Tabela 33 podemos observar que as jovens do grupo de estudo percepcionam terem sido mais abandonadas/rejeitadas que as jovens do grupo controlo (t=-6,167; p<0,001) e percepcionam maior nível de hiperpreocupação com a família (t= -10,782; p<0,001) e sentimentos de dependência (t=-2,819; p<0,001) do que as jovens do grupo controlo.

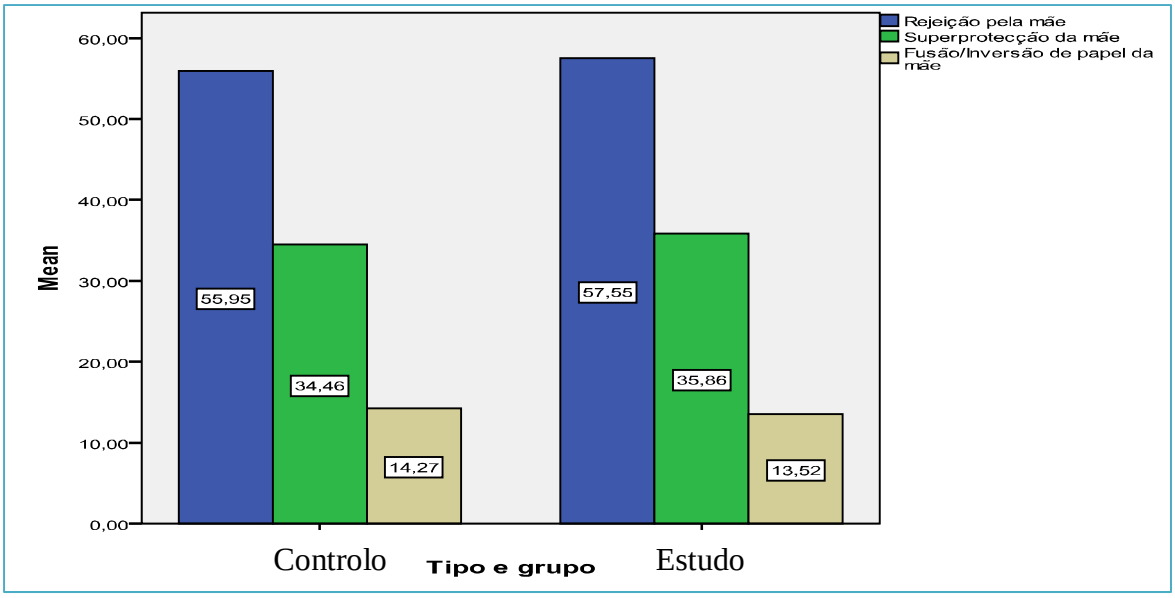
Tabela 34- Percepção das Dimensões: Rejeição Mãe/Pai, Superprotecção Mãe/Pai e Fusão/inversão de papel Mãe/Pai.

Teste t para amostras independentes

		Teste de Levene para variâncias iguais		Teste t para igualdade das médias		
Dimensões	**Variâncias**	**F**	**Sig.**	**t**	**df (graus de liberdade)**	**Sig. Bilateral (p)**
Rejeição (afecto)mãe	Variâncias iguais assumidas	3,982	0,050	-0,641	77	0,523
	Variâncias iguais não assumidas			-0,627	62,987	0,533
Superprote-cção mãe	Variâncias iguais assumidas	0,858	0,357	-0,859	77	0,393
	Variâncias iguais não assumidas			-0,866	76,998	0,389
Fusão/inver-são de papel mãe	Variâncias iguais assumidas	0,011	0,915	1,092	77	0,278
	Variâncias iguais não assumidas			1,081	71,418	0,283
Rejeição (afecto) pai	Variâncias iguais assumidas	2,141	0,148	-0,152	77	0,880
	Variâncias iguais não assumidas			-0,149	65,278	0,882
Superprote-ção pai	Variâncias iguais assumidas	0,641	0,426	-3,305	77	0,001
	Variâncias iguais não assumidas			1,756	66,513	0,084
Fusão/inver-são de papel	Variâncias iguais assumidas	0,085	0,772	-0,509	77	0,612
	Variâncias iguais não assumidas			-0,506	72,701	0,615

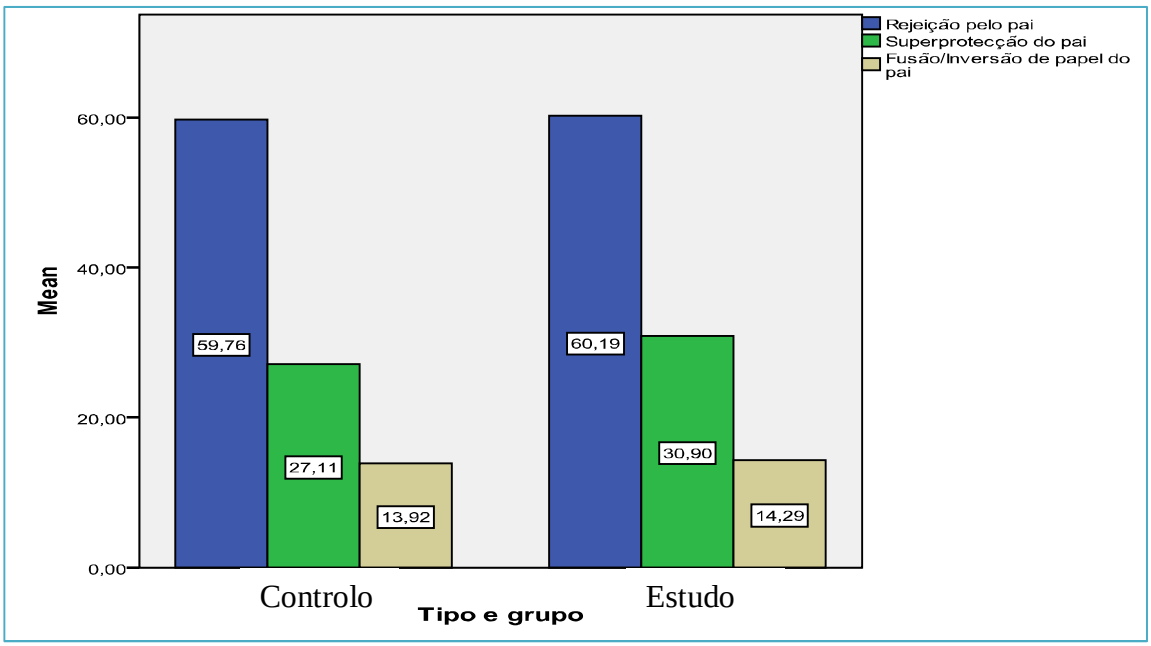
Na Tabela 34, podemos observar que as jovens do grupo de estudo percepcionam que tiveram o mesmo nível de afecto por parte da mãe (t=-0,627; p=0,533), como do pai (t=-0,152; p=0,88), em comparação com o grupo controlo. As jovens do grupo de estudo têm a percepção de não serem mais superprotegidas pelas mães (t=0,859; p=0,393) nem apresentam maior fusão / inversão de papel com a mãe (t=1,092; p=0,278), que as jovens do grupo controlo. As jovens do grupo de estudo, revelam terem sido mais superprotegidas pelos pais ((t=-3,305; p<0,01) do que as jovens do grupo controlo, contudo não percepcionam maior fusão/inversão de papel com o pai (t=-0,509; p=0,612).

Gráfico 6- Comparação entre as Dimensões relativas à mãe: Rejeição; Superprotecção e fusão/inversão de papel



No gráfico 6, observa-se que no grupo controlo a dimensão rejeição pela mãe é a que tem valores mais elevados, assim como acontece no grupo de estudo. Assim, verifica-se que a dimensão rejeição da mãe é a mais referida, como percepção das jovens.

Gráfico 7- Comparação das Dimensões relativas ao Pai: rejeição; superproteção e fusão/inversão de papel



Observa-se que nos dois grupos a dimensão mais cotada é a rejeição dos pais (grupo de estudo = 60,19; grupo controlo = 59,76).

5.2- Discussão de resultados

5.2.1- Características da Amostra

No que diz respeito às **características demográficas** da amostra, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Se nos centrarmos na especificidade da amostra do grupo de estudo (famílias com jovens com diagnostico de anorexia nervosa), verificamos que os resultados vão de encontro da literatura.

A **média de idade** das jovens do grupo de estudo é de 19 anos, sendo a média de idade de surgimento da anorexia nervosa aos 17,7 anos. Estes resultados vão de encontro à literatura, que refere o aparecimento da anorexia nervosa, na maioria das vezes entre os 15 e os 17 anos de idade (APA, 1996). Os factores de risco mais conhecidos são a idade e o sexo, sendo na adolescência o pico da incidência e a prevalência maior no sexo feminino. Somente 5 a 10% dos pacientes com anorexia nervosa são do sexo masculino. Segundo os autores Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge e Le Grange (2005) a anorexia nervosa é uma condição com maior risco na adolescência, sendo o grupo preocupante: mulheres dos 15 aos 22 anos.

Quando comparadas as médias de idades dos dois grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas ($t=-1,649$; $p= 0,103$).

As diferenças encontram-se significativas quanto ao **peso médio**, em que no grupo de estudo o peso médio é de 42,967 kg e o peso médio das jovens do grupo controlo é de 56,257kg. A média de **Índice de Massa Corporal (IMC)** para as jovens do grupo estudo é de 15,96 e para as jovens do grupo controlo é de 20,59, o que revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=12,51$; $p<0,001$). A diferença de **alturas** entre os dois grupos não é estatisticamente significativa ($t=1,515$; $p= 0,135$), sendo as médias das alturas das jovens do grupo de estudo de 1,63 m e a das jovens do grupo controlo de 1,65m.

Quanto ao nível de **Profissão**, pode-se observar que no grupo de estudo a maioria das jovens (66,7%) eram estudantes e 33,3% eram estudantes/trabalhadoras. Na totalidade das jovens encontram-se dependentes financeiramente da família nuclear, mesmo quando casadas (16,7%), sendo a maioria das jovens solteiras (76,2%). No grupo controlo, verifica-se que 100% das jovens têm como profissão estudante, sendo 51,4% estudante no Colégio Nossa Senhora do Rosário e 48,6% estudante no ISSSP. No grupo controlo 100% das jovens são solteiras. Estes dados são compreensível, tendo em conta as suas características sociais e idades.

Quanto às **características dos membros da família**, podemos observar que 45% dos pais do grupo de estudo têm profissões relacionadas com a educação, advocacia e administração. Sendo a maioria destes pais licenciados (21,4%). Quanto às mães do grupo de estudo, verifica-se que 54,8% exercem profissões relacionadas com a educação, administração e empregada de limpeza, sendo que o nível de escolaridade mais frequente o 12º ano (26,2%).

Relativamente aos membros da família do grupo controlo, a maioria exercem profissões relacionadas com a educação, advocacia e administração (29,7%), sendo com nível de escolaridade mais frequente o de licenciados (35,1%). No que diz respeito às mães do grupo controlo, na sua maioria encontra-se a exercer profissões relacionadas com educação, administração e empregadas de limpeza, sendo o nível de escolaridade mais frequente a licenciatura (37,8%).

Podemos observar, que ao comparar os grupos, obtiveram-se resultados bastante equiparados, contudo, relativamente ao nível de escolaridade das mães, no grupo controlo, observa-se maior nível de escolaridade, sendo compreensível, devido ao nível socioeconómico ser mais elevado do que as famílias do grupo de estudo.

O grupo de estudo, revela na sua maioria (90,5%) que não apresentou sintomas de outro tipo de perturbação do comportamento alimentar antes do aparecimento da anorexia nervosa. Quanto ao tempo de duração da doença, 50% das jovens com anorexia nervosa encontra-se há menos de 1 ano com este diagnóstico clínico; 25% com anorexia nervosa há mais de 1 ano e 25% há mais de 2 anos. Podemos verificar que o grupo de estudo não se encontra, na sua maioria, com longos

períodos de perturbação, logo não podemos observar as descrições de evolução crónica que se verifica na maioria dos estudos (Pinto-Gouveia, 2000). As jovens com anorexia nervosa, iniciaram o seu tratamento hospitalar em média com 20,19 anos, sendo a idade mínima de 16 anos e idade máxima de 27 anos.

É de realçar que 100% das jovens do grupo de estudo encontram-se numa **etapa especial da sua vida, aquando o aparecimento da anorexia nervosa e por esse motivo recorreram ao tratamento hospitalar.** A maioria das jovens refere que existiam conflitos familiares (11%) e que se encontravam sobrecarregadas de exigências (7%). A vulnerabilidade ao *stress* é uma característica importante, no dia-a-dia do indivíduo surgem acontecimentos desencadeadores de *stress* com disrupção das relações com a família e amigos. O significado dos acontecimentos desencadeantes é variável em 1/5 dos doentes com anorexia nervosa, há um acontecimento traumático associado à sexualidade (Bouça, D. & Sampaio, D., 2002).

Quanto ao **grau de interferência** da anorexia nervosa na vida da jovem, 59,5% referem que se encontra num grau grave de interferência, ou seja que prejudica gravemente o seu quotidiano. É de referir que 2,4% destas jovens não consideram que esta perturbação as prejudique, ou seja que as prejudica de uma forma leve. Quanto à percepção que têm da **evolução da anorexia nervosa**, 54,8% referem que tem sido uma evolução variável (com altos e baixos), sendo que apenas 2,4% refere que a sua situação se agravou e apenas 11,9% refere que a sua situação melhorou. Na sua maioria (78,6%), diz não ter nenhum membro da família com **problemas psiquiátricos ou psicológicos**, sendo que 21,4% refere terem membros da família com problemas psiquiátricos ou psicológicos. No estudo de Gutzwillwe, Oliver & Katz, 2003, referiram que a depressão encontrava-se associada à gravidade da disfunção familiar.

5.2.2- Características do Funcionamento Familiar (Avaliação efectuada através do FACES III)

Os nossos resultados são pouco discriminadores, no que diz respeito à **coesão familiar**, verificou-se que nesta população não existem diferenças estatisticamente significativas (t= 1,189; p= 0,238),

na percepção da coesão familiar (real) por parte das jovens entre o grupo de estudo e o grupo controlo. - **Não validação da hipótese A1**. Contrariando Salvador Minuchin e cols, 1978, em que as famílias com pacientes com anorexia nervosas se caracterizavam como famílias aglutinadas em que existia uma extrema proximidade e intensidade nas interacções entre os membros da família. Os papéis familiares são rígidos e estabelecem-se fronteiras rígidas com o exterior (Alarcão, M., 2006).

Através do teste unilateral, concluiu-se que existe diferença estatisticamente significativa ($t=2,068$; $p<0,05$), na percepção da coesão familiar (real) por parte das mães das jovens. Observando-se maior coesão no grupo controlo do que no grupo de estudo. **– Valida a hipótese A2**. Observa-se que após teste unilateral, as diferenças são estatisticamente significativas ($t=2,1$; $p<0,05$) na percepção da coesão familiar (real) por parte dos pais das jovens. A coesão é mais elevada no grupo controlo do que no grupo clínico. **– Valida a hipótese A3**.

É interessante observar que a dimensão coesão familiar, a percepção do pai, no grupo controlo foi maior do que nos pais das jovens do grupo de estudo, ou seja, consideraram que os membros da família eram mais próximos emocionalmente uns dos outros do que os resultados obtido no grupo clínico. Neste tipo de relacionamentos familiares, existe alguma lealdade entre os membros da família e passam algum tempo em conjunto. A percepção de menor coesão familiar por parte dos pais das jovens com anorexia nervosa foi demonstrada pelos autores Dare, Le Grange, Eisler e Rutherford em 1994.

É necessário compreender que se trata de respostas subjectivas das jovens e famílias, visto que apenas avaliamos a percepção, o que pode não corresponder à realidade objectiva da família. Contudo Parker, 1983 (*cit in* Calam, 1990), refere que no desenvolvimento de qualquer perturbação a experiência subjectiva das características familiares pode ser mais relevante que as características da realidade objectiva.

O grupo de estudo percepciona-se como tipo de **coesão familiar "separados"**e o grupo controlo percepciona-se como tipo **"separados" e "conectados".** Olson, 1985 refere que os sistemas equilibrados são aqueles que apresentam uma coesão com valores no tipo familiar separados e conectados. Há um equilíbrio do tempo que a família passa em conjunto e do tempo que se

encontram separados. Os membros da família revelam alguma independência na tomada de decisões, assim como alguma partilha das mesmas. A lealdade existe na família, contudo, não é uma necessidade.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à adaptabilidade familiar entre os dois grupos (t= - 1,375;p=0,173) **– Não valida a hipótese B1**. Relativamente à hipótese B2, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (t= - 0,086, p= 0,931) na percepção da adaptabilidade familiar (real) por parte das mães das jovens de ambos os grupos – **Não valida a hipótese B2.** O mesmo acontece relativamente à hipótese B3, que não se observam diferenças estatisticamente significativas (t= - 0,84; p= 0,404), na adaptabilidade familiar (real) por parte dos pais das jovens dos dois grupos. - **Não valida a hipótese B3**.

A mãe das jovens nos dois grupos, é o membro que percepciona uma maior adaptabilidade familiar. Ao contrário do estudo realizado por Vicovic, Juresa, Begovac, Mahnik e Tocilj, 2005, que apresentaram resultados em que as mães das jovens anorécticas percepcionavam as suas famílias com menos adaptabilidade que as mães do grupo controlo. O grupo de estudo percepciona-se quanto ao tipo de família, como tipo "flexível", assim como o grupo controlo. Esta percepção do tipo familiar "flexível", não confirma as descrições de Minuchin e cols, 1978, em que as famílias com jovens anorécticas, tinham características que assentavam na rigidez e nas dificuldades que as famílias tinham em ultrapassar os períodos em que exigiam mudanças no sistema.

Na dimensão **coesão familiar (ideal),** observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (t= 0,967;p=0,237), entre o grupo de estudo e o grupo controlo. – **Não valida a hipótese C1.** Quanto à hipótese C2, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas (t=4,132;p<0,001), na percepção da coesão familiar (ideal), por parte das mães das jovens, tendo maior coesão no grupo controlo do que no grupo de estudo. - **Valida a hipótese C2**. Em teste unilateral conclui-se para a população que existe diferença estatisticamente significativa (t=1,832;p<0,05), na percepção da coesão familiar ideal por parte dos pais das jovens, observando-se ser maior no grupo controlo que no grupo de estudo. **– Valida a hipótese C3.** Mais uma vez estes resultados contradizem os estudos realizados por Minuchin e cols (1978), visto que os

membros da família do grupo de estudo (segundo a percepção da mãe e pai) não se encontram aglutinados nem existem formas extremas de aproximação nem grande intensidade nessas ligações. Os nossos resultados revelam, exactamente o contrário, ou seja, as mães e os pais das jovens do grupo controlo percepcionam as suas família como mais coesa que os membros do grupo de estudo. Na sua maioria, as famílias do grupo de estudo e as famílias controlo percepcionam-se como famílias "separadas" e "conectadas".

Na dimensão **adaptabilidade familiar (ideal)** conclui-se que não se observam diferenças estatisticamente significativas (t= - 0,647; p=0,52), na percepção da adaptabilidade familiar (ideal) por parte das jovens, entre o grupo controlo e o grupo clínico. **– Não valida a hipótese D1.** Não se observam diferenças estatisticamente significativas (t=0,276;p=0,784), na percepção da adaptabilidade familiar (ideal) por parte das mães das jovens, entre os dois grupos. **– Não valida a hipótese D2.** Não se observam, igualmente diferenças estatisticamente significativas (t=0,156;p=0,877), na percepção da adaptabilidade familiar (ideal) por parte dos pais das jovens de ambos os grupos. **– Não valida a hipótese D3.** Os resultados parecem revelar níveis adequados de funcionamento, na medida que, ambos os grupos se representam como famílias "flexíveis" e famílias "estruturadas", em detrimento das famílias "rígidas" ou famílias "caóticas" que são consideradas como as menos adequadas para o bom funcionamento da família. Assim, podemos referir, que estes resultados não vão de encontro aos resultados de Minuchin, pois as "famílias psicossomáticas" assentavam nas categorias mais rígidas e com dificuldades em ultrapassar as mudanças exigidas.

Para o **sistema familiar equilibrado** se encontrar completo, para além da coesão familiar com valores de tipo de família separado e conectados, é necessário que a adaptabilidade tenha os valores no tipo familiar estruturado e flexível. Aqui a liderança é democrática e partilhada. Os papéis e as tarefas são responsabilidades estabelecidas e partilhadas as regras são distribuídas de forma justa e flexíveis se necessário (Olson, 1985). É importante referir que para Olson, 1985, estas famílias equilibradas podem não viver sempre de forma moderada, pois o equilíbrio significa que o sistema familiar possa experimentar o extremo da dimensão quando apropriado, contudo, os membros não funcionam tipicamente nesses extremos por períodos muito longos.

Foram encontrados **valores médios da coesão e adaptabilidade familiar**, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas (t=2,186; p<0,05) na percepção do nível médio da coesão familiar (real), sendo esta maior no grupo controlo do que no grupo de estudo. Igualmente se observam diferenças estatisticamente significativas (t=3,379;p<0,01) na percepção do nível médio da coesão familiar (ideal), sendo maior no grupo controlo do que no grupo de estudo.

No que diz respeito ao **funcionamento familiar**, não foram considerados como hipóteses, contudo achamos interessante revelar alguns resultados interessantes. Quanto ao **funcionamento familiar (ideal),** conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (t=0,243;p=0,808) na percepção efectuada pelas jovens dos dois grupos. Contudo, podemos observar que existe diferenças estatisticamente significativas (t=2,731; p<0,01), no funcionamento familiar (ideal) por parte das mães das jovens, sendo a percepção maior no grupo controlo do que no grupo de estudo.

Relativamente ao **funcionamento familiar (ideal)** para os pais das jovens, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (t=1,142; p=0,257). No funcionamento familiar (real) médio, não existem diferenças estatisticamente significativas (t= 0,782, p=0,437) entre as famílias do grupo controlo e as famílias do grupo de estudo. Contudo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas (t= 2,255; p<0,05) na percepção do funcionamento familiar (ideal), sendo maior nas famílias do grupo controlo do que nas famílias do grupo de estudo.

No funcionamento familiar em geral, observam-se diferenças estatisticamente significativas (teste para amostra emparelhadas: t= -23,768; p<0,001) sendo maior o funcionamento familiar ideal do que o funcionamento familiar real.

Segundo Minuchin e cols, 1978, descreveram que os pais superprotectores retardam o desenvolvimento dos filhos na sua autonomia, competência e interesse por actividades exteriores à família. A lealdade e protecção da família anoréctica precedem a autonomia e auto-realização, aprendendo a subordinar o próprio *self*. Pretende-se que a filha com anorexia nervosa aja como a família espera, podendo ser uma das razões e compreensão para os nossos resultados.

5.2.3- Características dos Marcadores Desenvolvimentais (Avaliação efectuada através do PAMaDeP)

Do questionário "Quando era pequeno", foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões **Abandono/Rejeição, Hiperpreocupação com a família e Dependência**. Observam-se valores mais elevados nestas 3 dimensões nas jovens com anorexia nervosa, do que nas jovens sem anorexia nervosa. Concluiu-se que as jovens com anorexia nervosa apresentam uma percepção de maior dependência da família do que as jovens sem anorexia nervosa ($t= -2,819$; $p<0,01$). **– Valida a hipótese E1**. As jovens com anorexia nervosa apresentam uma percepção de maior hiperpreocupação com a família do que as jovens sem anorexia nervosa ($t= -10,782$; $p<0,001$). **– Valida a hipótese E2.** A **hipótese E3 é validada** ($t= -6,167$; $p<0,001$), concluindo-se que as jovens com anorexia nervosa têm percepção de serem mais abandonadas/rejeitadas que as jovens sem anorexia nervosa. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Goldberg, em 2002, onde parecia existir factores familiares de vinculação e separação dos pais que predizem o impulso de emagrecer. Para o autor Lein, 2000, um elevado nível de insegurança e dependência dos pais, levavam as jovens a terem uma elevada preocupação com o peso e imagem corporal.

Estas jovens percepcionam maiores níveis de abandono/rejeição e dependência, indo de encontro aos resultados do estudo de Collins e Read, 1990. As jovens com anorexia nervosa têm dificuldade em confiar no outro, uma vez que percepcionam as suas figuras de vinculação como mais rejeitantes. Por essa razão, o cuidar e o ser cuidado é algo que tendem a evitar, uma vez que percepcionam tais comportamentos como factores de dependência desagradáveis. Afastam-se dos outros antes de serem rejeitados (Bragança, A. & Campos, R., 2010).

Nos questionários "Forma mãe" e "Forma pai", parece não existirem diferenças estatisticamente significativas na percepção entre os dois grupos quanto ao nível de **afecto recebido pela mãe e pelo pai, nem na dimensão fusão/inversão de papel.** Concluiu-se que as jovens com anorexia nervosa têm a percepção de terem tido o mesmo nível de afecto, por parte da mãe, que as jovens sem anorexia nervosa ($t= -0,627$; $p=0,533$). - **Valida a hipótese E4.** As jovens com anorexia nervosa revelaram que têm a percepção de lhes terem dado o mesmo nível de afecto, pelos pais,

que as jovens sem anorexia nervosa (t= - 0,152; p=0,88). – **Valida a hipótese E7.** Concluiu-se que as jovens com anorexia nervosa percepcionam que não apresentam uma maior fusão/inversão de papel com a mãe do que as jovens sem anorexia nervosa. (t=1,092; p=0,278). - **Valida a hipótese E6.** As jovens com anorexia nervosa não apresentam uma maior fusão/inversão de papel, do pai, do que as jovens sem anorexia nervosa (t= -0,509; p= 0,612) – **Não valida a hipótese E9.**

Observa-se diferença estatisticamente significativa na percepção que a jovem com anorexia nervosa faz, relativamente à dimensão **superprotecção da parte do pai**, percepcionando-se como ter sido mais superprotegida pelo pai do que as jovens sem anorexia nervosa (t= -3,305; p<0,01). – **Valida a hipótese E8;** o que parece contradizer a maioria dos estudos recentemente revistos (Bragança, A. & Campos, R., 2010), pois que dão maior relevo à relação que as jovens com anorexia nervosa têm com a mãe do que as experiências de relacionamento com o pai. Observou-se que as jovens com anorexia nervosa têm a percepção de **não terem sido mais superprotegidas pela mãe**, do que as jovens sem anorexia nervosa (t=0,859; p=0,393). - **Valida a hipótese E5.** Em 2003, Evans referiu que os indivíduos com anorexia nervosa percepcionavam ter uma mãe mais dominadora, com excessiva vinculação e o pai menos presente e inexpressivo.

Sargen, Liebman e Silver, 1985, defendiam que as perturbações do comportamento alimentar está associada a padrões disfuncionais de interacção familiar. Russell *et al*, 1992, não consideram existir evidências suficientes para atribuir uma relação causal a padrões disfuncionais de interacção familiar.

A anorexia nervosa, para Minuchin e *colbs*, 1978, desempenha um papel importante no equilíbrio da família, referindo características "típicas" destas famílias: aglutinamento, superprotecção, rigidez no funcionamento, evitamento de conflito e envolvimento do filho nos conflitos parentais. Os nossos resultados não apresentam todas estas características familiares, contudo a característica, superprotecção (do pai), foi definida como um dos aspectos de diferenciação entre os dois grupos, sendo mais elevada na percepção das jovens com anorexia nervosa. A característica "envolvimento do filho nos conflitos parentais" definida por Minuchin e *colbs*, 1978, pode ser equiparada à característica do nosso estudo, hiperpreocupação com família, que nos surge com uma percepção

mais elevada no grupo de estudo do que no grupo controlo. Podemos concluir que as jovens com anorexia nervosa são mais preocupadas, envolvidas com a família do que as jovens sem anorexia nervosa.

Relativamente ao modelo estratégico, Palazzoli refere que as famílias anorécticas são caracterizadas por permanecerem em estados de tensão, em que cada membro da família tenta impor as suas regras, quebrando a comunicação entre eles. Os nossos resultados vão de encontro com o trabalho realizado de Palazzoli, pois os grupos apresentam resultados com diferenças estatisticamente significativas nas percepções das jovens com anorexia nervosa, nas dimensões abandono/rejeição, hiperpreocupação com a família, dependência e superprotecção (do pai), ou seja, parece haver o estabelecimento de coligações secretas entre as jovens com anorexia nervosa e o pai.

Quanto ao modelo transgeracional de White, refere que nas famílias anorécticas as jovens são sensíveis, auto-sacrificadas e preocupadas com a família. De acordo com os nossos resultados, as jovens anorécticas revelam serem mais preocupadas com a família do que as jovens sem anorexia nervosa, logo sacrificam-se pelos membros da família e colocam a sua vida em segundo plano, de forma a “mascarar” a sua própria doença.

Segundo Soares, 2000, podemos explicar estes resultados devido ao facto do que os instrumentos de auto-relato, por si só, não serem adequados para captar a essência da perturbação anoréctica, por motivos da extensão dos processos de negação e da idealização destes pacientes.

Conclusão

Para a maioria dos autores, o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar deve-se à interacção de diversas características: psicológicas, biológicas, familiares, socioculturais e vulnerabilidade individual. Uma imagem corporal ideal (magra), a valorização de moda que hoje em dia se reforça e a transformação dos papéis sociais, são factores que contribuem para o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar.

A família é a característica que mais tem sido desenvolvida nos últimos tempos, como principal "causa" do surgimento deste tipo de perturbações. Esta característica pode contribuir não só, como factor de risco genético, mas também pelas atitudes dos progenitores e irmãos face ao peso, alimentação e as dificuldades de comunicação entre os membros de família.

Quanto à anorexia nervosa, desde há alguns anos que tem sido estudada, principalmente nas suas especificidades clínicas e tratamento. Mais recentemente, os autores têm-se referido à característica "família", como um dos factores importantes para o desenvolvimento da anorexia nervosa.

Podemos definir a anorexia nervosa como uma perturbação do comportamento alimentar em que o indivíduo apresenta um peso inferior ao que seria esperado para a sua idade, sexo e altura, pode utilizar abusivamente de laxantes, diuréticos, recurso ao vómito auto-induzido e exercício físico excessivo. Há maior incidência em jovens raparigas de etnia branca e de nível socioeconómico médio. A sua evolução é crónica e existe resistência ao tratamento principalmente devido ao facto das jovens não admitirem a sua doença. A família tem grande importância no tratamento e desenvolvimento da perturbação. A anorexia nervosa é subdividida em dois subtipos: anorexia nervosa tipo restritivo e anorexia nervosa tipo purgativo.

Existem registos de critérios de diagnóstico clínico desde 1966, com os autores Dally & Sargant. Os critérios têm vindo a evoluir e novos têm sido acrescentados e outros retirados consoante a sua importância para o quadro clínico. Na sua maioria referem-se à percentagem de perda de peso que varia entre os 25% e 100%, dependendo dos autores; o critério idade de inicio apenas é referido nos

autores Dally & Sargant e Feighner; o critério amenorreia é considerado em todos os autores excepto no DSM III, 1980; o critério fobia de peso é referida em todos os autores excepto pelos autores Dally & Sargant, Feighner e CDI-10 e por último, o critério recusa de comer e observado em todos os autores (Dally & Sargant; Russel; Feighner; DSM II; DSM III R; DSM IV; DSM-IV-TR e CDI-10).

O conceito de família é referido por diversos autores e definem-na como um conjunto de elementos ligados por relações, em contínua relação com o exterior, que mantêm um equilíbrio ao longo de um processo que decorre através de estadios de desenvolvimento diversificados. Estes estadios pertencem ao ciclo vital da família, que é constituído pelos momentos mais significativos: 1) união de dois elementos para construir nova família; 2) nascimento dos filhos, educação e crescimento deles; 3) adolescência e saída de casa dos filhos; 4) o casal está de novo só e 5) velhice e morte.

A família enquanto sistema é um todo, mas também é parte de outros sistemas, como a comunidade ou a sociedade. Dadas as trocas que estabelece com o exterior, a família é um sistema aberto, que se vai regulando e dependendo das suas necessidades e características.

No que diz respeito aos nossos resultados da caracterização clínica e sociodemográfica, o desenvolvimento da anorexia nervosa do grupo clínico decorreu de acordo com o que é observado na literatura, quanto à idade de início da anorexia nervosa, à presença ou não de perturbações do comportamento alimentar anterior à anorexia nervosa e na ocorrência de acontecimentos de vida adversos no ano anterior ao início desta perturbação.

Vários modelos teóricos familiares foram surgindo como forma de explicação do funcionamento da família. No nosso estudo fizemos referência a alguns deles e demos maior ênfase a três modelos explicativos sobre a natureza da associação entre anorexia nervosa e família. No que diz respeito ao modelo estrutural, Minuchin verificou existirem padrões transaccionais que eram comuns nas famílias das crianças psicossomáticas. Desenvolveu uma metáfora central e organizadora que denominou de estrutura familiar, que tem por base o conceito de fronteiras, subsistemas e relações interpessoais. De acordo com os nossos resultados, as famílias com jovens anorécticas não

apresentaram diferenças estatisticamente significativas, em comparação com as famílias da população em geral, quanto à coesão e adaptabilidade familiar. Estes resultados não revelam proximidade com as "famílias psicossomáticas" de Minuchin, que tinham como características serem mais aglutinadas (fronteiras e limites são pouco difusos, a diferenciação individual é pobre dentro do sistema e os papeis familiares são rígidos); existência de maior rigidez (com dificuldades em ultrapassar os períodos em que surgem mudanças) e o limiar de resolução dos conflitos serem muito baixos. Na dimensão superprotecção da família, podemos observar que no nosso estudo, revelou-se que as jovens com anorexia nervosa percepcionavam terem sido mais superprotegidas pelo pai, do que as jovens do grupo controlo. Assim, neste aspecto o nosso estudo vai de encontro às características de superprotecção que Minuchin referiu, ou seja, a existência de uma perturbação excessiva entre os membros da família. Os pais superprotectores retardam o desenvolvimento dos filhos, no que diz respeito à autonomia, competência e actividades com a comunidade.

Quanto ao modelo estratégico, Palazzoli referiu-se às "famílias anorécticas" como sendo caracterizadas por permanecerem em estados de tensão constante, em que cada membro da família tentava impor regras nas relações, contrariando e rejeitando a comunicação com os outros. Estas dificuldades de comunicação têm como consequência o estabelecimento de coligações secretas entre o indivíduo anoréctico e cada um dos membros da família. Palazzoli, mais tarde, progrediu no desenvolvimento da sua teoria e adoptou a metáfora de "jogo familiar", que se processa por etapas. Na segunda etapa do "jogo familiar", Palazzoli refere que a anoréctica envolve-se num jogo parental em que se identificam dois tipos de jogos diferentes, conforme o envolvimento da mãe (TIPO A) e do pai (TIPO B). No que diz respeito ao nosso estudo, as jovens anorécticas percepcionam-se mais próximas da figura paterna, o que no "jogo" de Palazzoli, se associa ao "TIPO B", em que existe maior fidelidade ao pai e este aprecia as qualidades da filha. Na abordagem "TIPO B", na anorexia nervosa é comum surgir problemática conjugal, na qual a filha se alia ao pai na sua desilusão em relação à mãe (mulher), desenvolvendo atitudes demonstrativas de admiração do pai.

No modelo transgeracional, White incidiu no sistema de crenças familiares rígidas e implicítas, que é transmitido de geração em geração. O nosso estudo não revela diferenças estatisticamente

significativas entre os dois grupos, que à luz deste modelo significa a existência de lealdade entre os membros da família e que valorizam a tradição familiar. Existe uma ligação entre os membros da família, mostrando a existência de maior hiperpreocupação familiar por parte das famílias anorécticas em comparação com as famílias do grupo controlo. Estas famílias anorécticas referem sentir-se mais dependentes dos outros membros da família que as do grupo controlo, assim podemos referir que os membros da família anoréctica se encontram mais ligados entre si, criando alianças/coligações fortes, levando a uma maior transmissão dos valores/cultura que se encontram mais enraízados na família. Estes valores (crenças familiares rígidas), relativamente ao ideal de beleza vão ser transmitidos entre as gerações, podendo desenvolver na jovem o quadro clínico de perturbações do comportamento alimentar.

Quanto ao modelo circumplexo, os nossos resultados verificaram que as famílias de ambos os grupos percepcionam-se como famílias em níveis moderados –separados e flexíveis (quanto à coesão familiar), que constituem os níveis adequados de funcionamento. Quanto à adaptabilidade familiar, as famílias percepcionaram-se nos níveis equilibrados – estruturados e flexíveis. Em comparação com os estudos consultados, contrariaram os nossos resultados, que apontaram para níveis extremos de coesão e adaptabilidade nas famílias anorécticas, ou seja menor coesão, menor desligamento e maior rigidez.

Este estudo é considerado por nós, como um contributo para uma melhor compreensão da anorexia nervosa, contudo apresenta limitações que passamos a apresentar.

Limitações

O nosso estudo foi apresentando algumas limitações, principalmente metodológicas. Um indicador das limitações, foi a opção de se efectuar o emparelhamento dos grupos em algumas características, reflectindo a nossa realidade, como uma realidade clínica. Encontramo-nos na presença de uma amostra reduzida, que nos impede de obter resultados generalizados (a amostra constituída por pacientes acompanhadas em consultas de especialidade não reflecte a população das mulheres com anorexia nervosa).

Por este motivo não foi possível estabelecer comparação entre os grupos, que seriam importantes, como por exemplo a comparação entre os dois sub-tipos da anorexia nervosa, na gravidade da doença e na duração do tratamento. Como não há discriminação dos sub-tipos de anorexia nervosa, pode ter condicionado o nosso estudo e como consequência os resultados apresentados. Casper e Troiani (2000, 2001) consideraram o facto importante e conseguiram verificar alguns resultados interessantes: as pacientes anorécticas restritivas e as suas famílias percepcionam menor disfunção familiar do que as anorécticas bulímicas (purgativas). Contudo, alguns autores não consideram relevante a divisão dos sub-tipos e que os resultados pouco discriminadores podem estar associados à negação do problema da família.

No nosso estudo não foi controlado a comorbilidade da anorexia nervosa com as patologias mais frequentes, o que poderia dar mais indicações sobre as especificidades da anorexia nervosa.

Não foi efectuado correlação entre os dois instrumentos, o que poderiam fornecer mais algumas indicações sobre o relacionamento familiar, o que também limitou o nosso estudo.

A utilização de questionários de auto-relato apresenta algumas restrições pois as jovens e famílias poderão não ter apresentado a imagem que realmente percepcionam de si próprias, mas sim uma imagem social que seja mais favorável com tendência para a aprovação social. É importante referir que a anoréctica tem tendência a não aceitar a sua perturbação como um problema para a sua vida familiar.

Uma outra limitação, centra-se na utilização do instrumento PAMaDeP, que devido à escassez de estudos que utilizem este instrumento, nos limitou a comparação dos resultados. No nosso estudo a intenção de utilizar este instrumento não foi para o estudo de vinculação, mas sim a utilização das dimensões abandono/rejeição, afecto, superprotecção e hiperpreocupação com a família.

Não obstante, as limitações deste estudo não colocam em causa a validade do mesmo enquanto investigação exploratória. Contribuindo para um melhor conhecimento da anorexia nervosa e dinâmica familiar.

Futuras Pesquisas

À medida que fomos avançando neste estudo, foram surgindo várias questões na compreensão da anorexia nervosa. Seria interessante em futuros estudos efectuar investigação no que diz respeito ao relacionamento entre a anoréctica e o pai (ou figura paterna), quanto à percepção que cada um tem da sua família e dos seus sentimentos que têm um pelo outro, já que a maioria das investigações apresenta a mãe como figura central e negligencia o pai. No domínio da vinculação e no seguimento do nosso estudo, sugere-se a diferenciação e organização da vinculação ao longo da geração descendente, num modelo transgeracional. E consequentemente, a operacionalização do sistema de crenças. Futuras pesquisas com estudos longitudinais, em que se pudesse avaliar a dinâmica familiar, em cada estadio de desenvolvimento, constituem-se como fundamentais.

Sabemos que todas as conclusões são incompletas e que deixam em aberto possibilidades de novos trabalhos. Terminamos o nosso estudo, com a convicção de que ainda muito haveria para explorar no que diz respeito à anorexia nervosa e à família, contudo esperamos que o nosso trabalho possa contribuir para mais investigações nesta área.

Bibliografia

Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares – Uma visão Sistémica*. Edições Quarteto.

Ackerman, N.W. (1966). *Treating the Troubled Family*. New York: Basic Books.

Aguiar, P. (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Lisboa. Climepsi Editores.

Almeida, L.& Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5ª edição. Psiquilibrios Edições. Braga.

Almeida, L.& Ribeiro, I. (Org.). (1993). *Avaliação Psicológica. Formas e Contextos*. Braga. APPORT.

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM-III).* Washington, DC.APA.

American Psychiatric Association (APA) (1993). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa. Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Didorders (4 th Ed).* Washington, DC. APA.

American Psychiatric Association (APA) (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa. Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4th ed.texto revisto).Lisboa. Climepsi Editores.

Arrington, A., Sullaway, M. & Christensen, A. (1988). Behavioral family assessment. *In Handbook of Behavioral family therapy,* I.R.H. Fallon, ed. New York: Guilford Press.
Asen, K. & Tomson, P. (1997). *Intervencion familiar; Guia prática para los profesionales de la salud*. Barcelona, Paidós.

Attie, I., Brooks-Gunn, J. & Petersen, A. (1990). *A developmental perspective on eating disorders and eating problems.* In M. Lewis & S. Miller (eds), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.

Azrin, N.H., Naster, J.B. & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy. 11*, pp. 365-383.

Bartle-Haring, S. & Sabatelli, R. (1998). An intergenerational examination of patterns of individual and family adjustment*. Journal of Marriage and the Family*, 60 (4): 903-911.

Bell, R. (1985). *Holy Anorexia.* Chicago: University of Chicago Press.

Bemporad, J. (1996). Self-starvation Though the ages: reflections on the pré-history of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 19,3,*217-237.

Benoit,J.C., Malarewicz, J.A., Beuajean, J., Colas, Y. & Kannas, S.(1988). *Dictionnaire clinique dês thérapies familiales systémiques.* Paris. ESF.

Bernardo, P. & Martins, C. (2000). In: Anorexia um Longo Caminho a Percorrer. *Actas do 3º Congresso nacional de Psicologia da Saúde.* Lisboa, ISPA.

Bouça, Dulce (2000). *Anorexia Nervosa Minha Amiga*. Porto. Editora Ambar.

Bouça, D. & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática* Vol.4, nº2 Jul/Dez.

Bouça, D., Santos, J., Munoz, T., António, L., Castro, L., Santos, A., Martins, R., Ceia, A., Sequeira, F. & Nunes, P.(2006). A equipa multidisciplinar no tratamento das doenças do comportamento alimentar em internamento. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA, V3, nº9.*

Boszormenyi-Nagy, I.(1987). *Foundations of Contextual Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Bowlby, J.(1998). *Attachment and Loss, vol.2: separation, anger and Anxiety*. London. Pimlico.

Bowman, M.J. (2000). Emotional eating and parent attachment as predictors of eating disorder symptoms in a non-clinical college population. Dissertation Abstracts International: Section B: The Scienc and Engineering, 60. (UMI nº 729795301).

Bulik, C., Reba, L., Siega-Riz, A. & Kjennerud, T. (2005). Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology and Cycle of Risk. *International Journal of Eating Disorders, 37:*S2-S9.

Bragança, A. & Campos, R. (2010). Estilos de Vinculação amorosa e experiências relacionais na infância de cariz disfuncional: Um estudo com uma amostra de estudantes universitários. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia,* pp. 1682-1694. Universidade do Minho

Bretherton, I. (1992). The origins *of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. Developmental Psychology, 28 (5): 759-775.

Bryant-Waugh, R.(1996).Epidemiology. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (eds). *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders.* UK. Psychology Press.

Byng-Hall, J. (1988). *Scripts and legends in families and family therapy.* Family Process, 27:167-181.

Bruch, H. (1973). The golden cage. New York: Basic Books, Harper Torchbooks.

Calam, R., Waller, G., Slade, P. & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5): 479-485.

Canavarro, M.C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental.* Coimbra. Quarteto Editora.

Carmo, Isabel (1994). *A Vida por um Fio. A Anorexia Nervosa*. Lisboa. Relógio d'água.

Carmo, Isabel (1997). *Magros, Gordinhos e Assim Assim – Perturbações alimentares dos jovens.* Porto. Editora Ambar.

Carmo, Isabel (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa.ISPA.

Casper, Regina.(1998).Depression and Eating Disorders. *Depression and Anxiety, V8, supplement 1:96-104.*

Casper, R.C. & Troiani, M.V. (2000). Family relationship characteristics in anorexia nervosa*. Biological Psychiatry (Saturday Abstracts),* 47:160s-161s.

Casper, R.C. & Troiani, M.V. (2001). Family functioning in Anorexia Nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders, 30, 338-342.*

Cooper, P.J.(1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (eds), *Eating disorders and Obesity: A comprehensive handbook. (159-164).* New York: The Guilford Press.

Corigliano, A.M. (1999). *A dimensão transgeracional entre o mito e o segredo*. In B. Prieur (coord.). As Heranças Familiares. Lisboa. Climepsi Editores.

Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Pacheco Palha, A. & Almeida, L. (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra Portuguesa: Estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica,Vol. 20*, (3),pp.213-217.

Crosscope-Happel, C., Hutchins, D.E., Getz, H.G., Hayes, G.L.(2000). Male anorexia nervosa:a new focus. *Journal of mental Health Counselling, 22(4):365-370.*

Dahlman, K. (1996). Affective capacity in mother of eating disordered patient. *Dissertation-Abstracts-International: Section B: The Science and Engineering*. Mar; Vol 56 (9-B): 5163. New School for Social Research, US.

Dias, P. (2007). *Vinculação e Regulação Anatómica nas Perturbações Alimentares* (Tese de doutoramento). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Eggert, J. Levendosky, A. & Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics and disordered eatinh. *International Journal of Eating Disorders, 40, 2, 149-155.*

Evans, L. & Wertheim, E.(2005). Attachment Styles in Adult Intimate Relationships: Comparing Women with Bulimia Nervosa Symptoms, Women With Depression and Women with no Clinical Symptoms. *European Eating Disorders Review, 13,4, 285-293.*

Fauman, Michael; Ph.D.; M.D. (2002). *Guia de Estudo para o DSM-IV-TR*. Lisboa. Climepsi Editores.

Fichtner, N. (1997). *Prevenção, Diagnóstico dos Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência – Um Enfoque Desenvolvimental*. Porto Alegre. Artes Médicas.

Fonseca, Fernandes (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia. (vol.I).* Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Fleitlich, B., Larino, M.A., Cobelo, A. & Cordás, T. (2000). Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria 76* (supl.3):S323-S329.

Fleming, M. (1995). *Família e Toxicodepência*. Porto. Edições Afrontamento.

Friedman, E.H. (1991). *Bowen Theory and Therapy*. In Gurman & Kniskern (eds), Handbook of Family Therapy, vol.II. New York, Brunner/Mazel, Cap. 5, 134-170.

Gameiro, J.(1992).*Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea.* Porto, Edições Afrontamento.

Gameiro, J.(1994). *Quem sai aos seus….* Porto. Edições Afrontamento.

Gammer, C. & Cabié, M.C. (1999). *Adolescência e crise familiar.* Lisboa. Climepsi Editores.

Garfinkel, P.E.(1995). Classification and diagnosis of eating disorders. In K. D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds), *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook* (pp. 125-134). New York: The Guilford Press.

Gerlinghoff, M. & Backmund, H.(1997). *Anorexia e Bulimia*. (M.F. Andrade, Trad.). Editorial Presença. Lisboa. (Obra original publicada em 1995).

Goldberg, J.L. (2002). Ortodox Jewish Women: the role of sociocultural and family factors in eating disorders symptomatology. *Dissertation Abstrats International: Section B: The sciences & Engineering, 63.* (UMI nº 727408341).

Guerin, P.J.; Fay, L.; Burden, S. & Kautto, I.(1987). *The evoluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Book.

Guidano, V.F. (1991). The self in progress: Toward a post –rationalist cognitive therapy. New York: The Guildford Press.

Grigg, D.N., Friesen, J.D. & Sheppy, M.I. (1989). Family patterns associated with anorexia nervosa. *Journal of Marital and family therapy*, 15 (1):29-42.

Gutzwiller, J., Oliver, J.M. & Katz, B.M. (2003). Eating Dysfunctions in College Women: The Roles of Depression and Attachment to Fathers. *Journal of American College Health, 52,1, 27-32.*

Halmi, K.A., Sunday, S. R., Strober, M. & Kaplan, A. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behavior. *The American Journal of Psychiatry,* 157 (11): 1799-1805.

Haley, J. (1981). *Reflections on Therapy.* Chevy Chase, MD: Family Therapy Institute of Washington, D.C.

Haley, J. (1984). *Ordeal therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Harding, T. & Lachenmeyer, J. (1986). Family interaction patterns and locus of control as predictors of the presence and severity of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology. Vol.42,nº3. 440-448.*

Henry, Bervely & Ozier, Amy. (2006). Position of American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *Journal of The American Dietetic Association. 106:2073-2082.*

Humphrey, L.L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders, using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2): 206-214.

Jones, E. (1999). *Terapia dos Sistemas Familiares*. Lisboa. Climepsi Editores.

Johnson, C., Tobin, D. & Enright, A.B. (1990). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in Anorexia Nervosa eating disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry, 50, 9-15.*

Lattimore, P.J., Wagner, H.L. & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: an observational study of mother and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8 (5): 355-368.

Lein, J.B. (2000). The relations among attachment style, perceived parental weight expectations and weight concerns preadolescent girls. *Dissertation Abstract International: Section B: The Science & Engineering , 60. (UMI nº 730214611).*

Kaplan, M.L. & Kaplan, N.R. (1978). Individual and family growth: A gestalt approach. *Family Process. 17*, pp.195-205.

Kempler, W. (1968). Experiential psychotherapy with families. *Family process. 7,* pp. 88-89.

Machado, B., Gonçalves, O., Machado, P., Henriques, M., Brandão, I. & Roma Torres, A. (2005). Anorexia Nervosa e Construção de Significado: validação divergente de uma narrativa protótipo. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA, Vol.2 nº4*, pp. 1-12.

Madanes, C.(1991). Strategic family therapy. In Hand-book of family therapy, vol.II. A.S. Gurman e D.P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Mahrer, A.R. (1982). *Experiential psychotherapy: Basic practices*. New York: Brunner/Mazel.

Mateos-Parra, A., Solano-Pinto, N. (1997). *Transtornos de la Alimentación: anorexia y bulimianerviosas*.Psicologia.com.1(1).Disponívelem:http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_4.htm.

Mausner, J., Kramer, S. (1990). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Minuchin, S., Rosman, B.L & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context.* USA. Harvard University Press.

Minuchin, S. & Fishman, C.H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambrige, Harvard University Press.

Moura, Elysio (1947). *Anorexia Mental.* Obra reeditada pela Sociedade Científica NDCA – Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar – Lisboa, 2005.

Nagel, K.L., Jones, K.H. (1992). Predisposition factors in anorexia nervosa. *Adolescence*, 27 (106): 381-386.

Nichols, M.P. & Schwartz, R.C. (1998). *Family therapy: concepts and methods.* Boston Allyn & Bacon.

Nichols, M.P. & Schwartz, R.C. (2007). Terapia Familiar- Conceitos e Métodos-. Artmed, Porto Alegre.

Olivardia, R., Pope, H.G., Mangweth, B. & Hudson, J.I.(1995). Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry, 152(9):1279-1287.*

Oliveira, J.H. (2002). *Psicologia da Família*. Universidade Aberta.

Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russell, C.S. (1979). Circumplex Model os marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, family Types and Clinical Applications. *Family Process*, 18:3-28.

Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Family Social Science. University of Minnesota.

Olson, D.H., (1986). Circumplex Model VII: Validation Studies of FACESIII. *Family Process*, 25:337-351.

Olson, D.H. & Maynard, P.E. (1987). Circumplex Model of family Systems: A Treatment Tool in Family Counseling. *Journal of Counseling and Development, Vol. 65*, pp. 502-505.

Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. (Eds) (1989). *Families, What makes them work*. U.S.A..Sage Publications.

Olson, D.H. (1991). Commentary: three-Dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACESIII*. Family Process*, 30:74-79.

Onnis, L.(1991). Thérapie familiale de l'anorexie mentale – un modéle d'intervention base sur les sculptures familiales. *Thérapie Familiale, 12,3,225-235*.

Palazzoli, M.S. (1974). Self-starvation : from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New York : Jason Aronson.

Pasquale, H.(1998). *Venerável Alexandrina.* Edições Salesianas.

Pereira, A. (2003). *SPSS- Guia prático de Utilização*. 4ª Edição. Edições Sílabo.

Pinto-Gouveia (2000). Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In) Adaptativas ao longo da vida.* Coimbra: Quarteto Editora

Rajah, Rosa Maria (2001). *Anorexia e Bulimia*. Lisboa. McGraw-Hill.

Relvas, A.P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto. Edições Afrontamento.

Relvas, A.P. (1997). Family Therapy, Foundations and Thechniques. In P.J. Hawkins & J.N. Nestororos (eds), *Psychoterapy. New Perspectives in Theory, Practice and Research*. Athens, Ellinika Grammata, Chap. 11, 387-425.

Relvas, A.P. (1999). *Conversas com as famílias. Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto. Edições Afrontamento.

Relvas, A.P. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: perspectiva sistémica. In I. Soares (coord.). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida.* Coimbra. Editora Quarteto.

Relvas, Ana Paula (2000). *Por detrás do Espelho. Da Teoria à Terapia com Família*. Coimbra. Quarteto.

Roma Torres, A. (1986). *Anorexia nervosa e perturbações afins do comportamento alimentar – Estudo Clínico Evolutivo.* Tese de Mestrado. Porto.

Rome, Ellen; Ammerman, S., Rosen, D., Keller, R., Lock, J., Mammel, K., O'Toole, J., Rees, J., Sanders, M., Sawyer, S., Shneider, M., Sigel, Eric & Silber, T. (2003). Children and Adolescents with Eating Disorders:*The State of The Art. Official Journal of The American Academy of Pediatrics. 111; e98-e108.*

Romeo, F.F.(1986). *Understanding anorexia nervosa*. Springfilded, Illinois:Charles C. Thomas Publisher.

Rowa, Karen; Kerig, Patricia & Geller, Josie (2001). The family and anorexia nervosa: examing parent – child boundary problems. *European Eating Disordrs Review. 9, 97-114.*

Rowa, K., Kerig, P.K., Séller, J.(2001). The family and anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. *European Disorders review*, 9 (2): 97-114.

Rutsztein, G. (1997). El aspecto Central de la Anorexia Nervosia. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicologia, 1:*103-128.

Sampaio, Daniel (1993). *Vozes e Ruídos, Diálogo com Adolescentes.* Lisboa. Caminho.

Sampaio, Daniel (1998). *Vivemos Livres numa Prisão*. Lisboa. Caminho.

Sampaio, D.; Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar.* Lisboa. Edições Afrontamento

Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, Isabel & Jorge, Zulmira (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar – Manual para o Clínico Geral.* Lisboa. Edições Asa.

Silverman, J. A. (1997). Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds), *Handbook of treatment for Eating Disorders (2nd ed., 3-10).* New York: The Guilford Press.

Soares, I., Rangel-Henriques, M, Neves, L., Pinho, A. & Dias, P. (submetido para publicação). *Protocolo para Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia – PAMaDeP: Estudo Psicométrico para Estudantes Universitários.*

Soares, I. (2000*). Psicopatologia de Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptadas ao longo da vida.* Coimbra. Quarteto.

Sousa e Brito, M.J. (2001*). Quem Arrisca não Petisca, Uma perspectiva Psicanalítica de Anorexia Nervosa.* Coimbra. Almedina.

Stern, D.H. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

Stierlin, H. & Weber, G. (1997). *Que hay detrás de la puerta de la família?*. Barcelona. Gedisa.

Strober, M. & Humphrey, L.L.(1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5): 654-659.

Strober, Michael & Humphrey & Laura Lynn.(1987). Familial Contribution to the Etiology and course of Anorexia nervosa and Bulimia. J*ournal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 55,nº 5, 654-659.*

Szmukler, G.I., Eisler, I., Russel, G.F.M. & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental "expressed emotion" and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry, 147*, 265-271.

Vandereyken, W., Van Deth, R. (1996). *From fasting Saints to Anorexia Girls:The History of Self-starvation.* New York. University Press.

Viaro, M. (1990). Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: following the model "family games". *Family Process*, 29 (3): 289-296.

Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I.,Mahnik, M. & Tocilj, G. (2005). Perceived Family Cohesion, Adaptability and Comunication in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review. 13,* 19-28.

Vilela e Souza, L. & Santos, M. A. (2006). *A Família e os Transtornos Alimentares*. Medicina. Ribeirão Preto, 39(3):403-409.

Wall, K., Ameida, A.; André, I., Guerreiro, M.; Lalanda, P.; Aboim, S.; Cunha, V.; Rosa, R. & Vasconcelos, P. (2002). Tipos de famílias em Portugal: interacções, valores e contextos. *Análise Social,* Vol. XXXVII (163), pp. 475-506.

Waller, G., Slade, P. & Calam, R. (1990). Family adaptability and cohesion: relation to eating attitudes and disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2):225-228.

Wallin, V. & Hansson, K. (1999). Anorexia Nervosa in Teenagers: Patterns of family Function. *Nord Journal Psychiatry. 53 :29-35. Oslo ISSN 0803-9488.*

Watzlawick, P.A. ; Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication.* New - York : Norton.

Williamson, D.S. & Bray, J.H. (1991). El desarrollo y cambio familiares a través de las generaciones: una perspectiva intergeneracional. In C.J. Falicov (comp.). *Transiciones de la Familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

White, M. (1983). Anorexia Nervosa: a transgenerational system perspective. *Family Process*, 22:255-273.

Yudofsky, S.C.(1996). Hilde Bruch. *The American Journal of Psychiatry, 153* (9): 1208-1209.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

FACES III (D.H. Olson, J. Portner, Y. Lavee)
(Versão Portuguesa de A.L. Roma Torres, R. Curral e F. Dourado)

1 **Quase Nunca**	2 **Uma Vez Por Outra**	3 **Algumas Vezes**	4 **Frequentemente**	5 **Quase sempre**

AGORA DESCREVA A SUA FAMÍLIA:

_____1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
_____2. Para resolver os problemas são seguidas as sugestões dos filhos.
_____3. Aprovamos os amigos de cada um dos membros da família.
_____4. Os filhos têm uma palavra a dizer no que diz respeito à sua educação.
_____5. Gostaria de fazer coisas com a nossa família mais chegada.
_____6. Na nossa família pessoas diferentes agem como líderes.
_____7. Os membros da família sentem-se mais próximos de outros membros da família do que das pessoas de fora.
_____8. A nossa família pode mudar a maneira de executar as tarefas.
_____9. Os membros da família gostam de ocupar o tempo livre uns com os outros.
_____10. Os pais e os filhos discutem os castigos conjuntamente.
_____11. Os membros da família sentem-se muito próximos uns dos outros.
_____12. Na nossa família são os filhos que tomam decisões.
_____13. Quando a nossa família se junta para alguma actividade toda a gente está presente.
_____14. As regras podem mudar na nossa família.
_____15. Podemos facilmente pensar sobre coisas que a família possa fazer em conjunto.
_____16. Podemos trocar a responsabilidade das tarefas domésticas de uma pessoa para outra.
_____17. Os membros da família consultam outros membros da família sobre as suas decisões.
_____18. È difícil identificar quem manda na nossa família.
_____19. A união familiar é muito importante.
_____20. È difícil dizer quem faz cada uma das tarefas domésticas.

FACES III (D.H. Olson, J. Portner, Y. Lavee)
(Versão Portuguesa de A.L. Roma Torres, R. Curral e F. Dourado)

1 **Quase Nunca**	2 **Uma Vez Por Outra**	3 **Algumas Vezes**	4 **Frequentemente**	5 **Quase sempre**

IDEALMENTE, como gostaria que a sua família fosse:

_____ 21.Os membros da família deveriam pedir ajuda uns aos outros.

_____ 22.Para resolver os problemas as sugestões dos filhos deveriam ser seguidas.

_____ 23.Deveríamos aprovar os amigos de cada um dos membros da família.

_____ 24.Os filhos deveriam ter uma palavra a dizer no que diz respeito à sua educação.

_____ 25.Deveríamos gostar de fazer as coisas com a nossa família mais chegada.

_____ 26.Na nossa família pessoas diferentes deveriam agir como líderes.

_____ 27.Os membros da família deveriam sentir-se mais próximos de cada um dos membros da família do que pessoas de fora.

_____ 28.A nossa família deveria poder mudar a maneira de executar as tarefas.

_____ 29.Os membros da família deveriam gostar de ocupar o tempo livre uns com os outros.

_____ 30.Pais e filhos deveriam discutir os castigos conjuntamente.

_____ 31.Os membros da família deveriam sentir-se muito próximos uns dos outros.

_____ 32.Os filhos deveriam tomar decisões na família.

_____ 33.Quando a nossa família se junta todos deveriam estar presentes.

_____ 34.As regras deveriam poder mudar na nossa família.

_____ 35. Deveríamos poder pensar facilmente em coisas para fazer em conjunto como família.

_____ 36.Deveríamos poder trocar as tarefas de casa de uns para os outros.

_____ 37.Os membros da família deveriam consultar cada um os outros nas suas decisões.

_____ 38.Deveríamos poder saber quem manda na nossa família.

_____ 39.A união familiar deveria ser muito importante.

_____ 40.Deveríamos poder dizer que tarefas domésticas cada um deve fazer.

Código: 391

Peso:
altura:

PAMaDeP – Versão B (Forma F)

Isabel Soares (Univ. Minho)
Margarida Rangel Henriques (Univ. Porto)
Lúcia Neves (Univ. Minho)
Armando Pinho (Univ. Minho)

(GEV – Grupo de Estudos da Vinculação)

Data: ___ / ___ / ___ Sexo: _____ Idade : _____ Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão / Ocupação: _____

Se é estudante, indique: Estabelecimento de ensino: _____ Ano: _____

Profissão do Pai: _____ Habilitações Literárias do Pai: _____

Profissão da Mãe: _____ Habilitações Literárias da Mãe: _____

Vive com os seus pais? ☐ SIM
☐ NÃO Neste caso, mantém, actualmente, contacto regular com os seus pais? ☐ NÃO ☐ SIM

Depende dos seus pais financeiramente? ☐ NÃO ☐ SIM

Instruções

Este questionário procura conhecer comportamentos, pensamentos e sentimentos característicos da sua relação com os seus pais, com os outros em geral e consigo própria. Ao responder, tente lembrar-se do modo mais habitual de como as coisas aconteciam, na sua forma geral de sentir, de pensar ou de se comportar.
Não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendemos que responda com sinceridade e de acordo com a sua situação.

Relativamente a cada afirmação deverá avaliar, em que medida, ela se aplica ao seu caso, concordando ou não com o que aí é dito. Assim, se discorda totalmente da afirmação deverá assinalar com uma cruz sobre o número *1* da escala de resposta; se, pelo contrário, "concorda totalmente" deverá assinalar o número *4* e assim sucessivamente, identificando o número que melhor traduz o seu grau de acordo sobre a afirmação. A escala de respostas é assim constituída pelos seguintes níveis:

1 – Discordo totalmente
2 - Discordo
3 - Concordo
4 - Concordo totalmente

Por exemplo, para a afirmação:

Quando era pequena, merecia a admiração dos adultos.	**1 2 3 4**

Indique sempre, para todas as afirmações, o seu grau de acordo e em caso de dúvida opte pela resposta que melhor corresponda ao seu caso.
Não existe tempo limite para responder, no entanto, procure dar a resposta que corresponde à sua primeira impressão, sem demorar muito tempo em cada afirmação.
Uma vez preenchida cada uma das partes não deverá voltar atrás.

Quando acabar verifique, por favor, se respondeu a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Código: _____

"Quando era pequena" (F)

As questões que seguem referem-se à sua vida passada e são iniciadas pela expressão "Quando era pequena", reportando-se a um período que se pode estender até aos 15 /16 anos. Algumas afirmações que se seguem referem-se à relação com os seus pais. No entanto, se tiver sido criada por outros adultos que os substituíram, ou apenas com um dos seus pais, deverá responder em relação a essa pessoa que cuidou de si.

1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Quando era pequena, sofria muito quando tinha que me separar dos meus pais.	1	2	3	4
2. Quando era pequena, sentia-me rejeitada pelos outros.	1	2	3	4
3. Quando era pequena, os meus pais não me davam o apoio emocional que eu precisava, apesar de se preocuparem muito comigo.	1	2	3	4
4. Quando era pequena, sentia-me responsável por manter a união e harmonia familiar.	1	2	3	4
5. Quando era pequena, tinha medo que os meus pais me abandonassem.	1	2	3	4
6. Quando era pequena, era pouco autónoma no arranjo pessoal (vestir, lavar-me etc.) tendo tido, até tarde, ajuda dos meus pais ou de outros.	1	2	3	4
7. Quando era pequena, tinha medo que a minha família se separasse.	1	2	3	4
8. Quando era pequena, era afectivamente muito independente dos meus pais.	1	2	3	4
9. Quando era pequena, sofri muito com a doença de um dos meus pais.	1	2	3	4
10. Quando era pequena, sentia-me pouco amada pelos meus pais.	1	2	3	4
11. Quando era pequena, para adormecer precisava de ter um dos meus pais ao meu lado.	1	2	3	4
12. Quando era pequena, sentia-me excessivamente frágil perante obstáculos e dificuldades.	1	2	3	4
13. Quando era pequena, estava sempre preocupada com o que pudesse acontecer de mal aos meus pais.	1	2	3	4
14. Quando era pequena, tinha tendência para não revelar aos outros as minhas mágoas, por achar que não valia a pena contar.	1	2	3	4
15. Quando era pequena, fui ameaçada de abandono pelos meus pais.	1	2	3	4
16. Quando era pequena, tive que assumir a responsabilidade de cuidar de mim ou de outros, quando ainda era demasiado jovem para isso.	1	2	3	4
17. Quando era pequena, pressentia rejeição na atitude dos meus pais para comigo.	1	2	3	4

1 **Discordo Totalmente**	2 **Discordo**	3 **Concordo**	4 **Concordo Totalmente**

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
18. Quando era pequena, nunca queria separar-me dos meus pais.	1	2	3	4
19. Quando era pequena, sofri a ausência de um dos meus pais ou dos dois, durante um período de tempo prolongado.	1	2	3	4
20. Quando era pequena, fui pouco independente até tarde, precisando da ajuda dos pais ou de outros para resolver as minhas dificuldades.	1	2	3	4
21. Quando era pequena, sentia-me muitas vezes incompreendida e só.	1	2	3	4
22. Quando era pequena, preocupava-me muito em mostrar aos outros que tudo corria bem dentro da minha família.	1	2	3	4
23. Quando era pequena, senti-me abandonada pelos meus pais.	1	2	3	4
24. Quando era pequena, tinha tendência para sentir mal-estar físico (dores, vómitos, etc.) em situações problemáticas para mim, sem estar doente.	1	2	3	4
25. Quando era pequena, perdi (por morte) um dos meus pais ou os dois.	1	2	3	4
26. Quando era pequena, não tinha oportunidade de dizer, verdadeiramente, o que sentia ou pensava.	1	2	3	4
27. Quando era pequena, nunca me custou nada separar-me dos meus pais.	1	2	3	4
28. Quando era pequena, acusavam-me de "ser pouco dada".	1	2	3	4
29. Quando era pequena, as pessoas consideravam-me muito madura e responsável.	1	2	3	4
30. Quando era pequena, a minha vida sofreu alterações muito negativas após a morte de um dos meus pais.	1	2	3	4
31. Quando era pequena, o que mais me preocupava era a minha família e a união familiar.	1	2	3	4

Código: _____

FORMA PAI

Este questionário procura conhecer o modo como o seu pai (ou pessoa que o substituiu) se relacionou consigo quando era pequeno(a), período que se pode estender até aos 15 / 16 anos. Em seguida, é apresentado um conjunto de afirmações e gostaríamos que para cada uma indicasse em que grau ela caracteriza a relação do seu pai consigo. Assim, se considerar que a afirmação caracteriza muito mal, que era exactamente o contrário, deverá assinalar que *discorda totalmente*, colocando uma cruz no número 1 da escala de resposta; se considerar que a afirmação caracteriza muito bem o que foi a relação do seu pai consigo, deverá assinalar que *concorda totalmente*, colocando uma cruz no número 4 da escala de resposta e, assim sucessivamente, expressando o seu grau de acordo com a afirmação correspondente.

1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu pai achava que era ele quem devia resolver os meus problemas.	1	2	3	4
2. O meu pai, geralmente, perdoava-me os erros ou limitações.	1	2	3	4
3. O meu pai intrometia-se na minha vida.	1	2	3	4
4. O meu pai fazia-me sentir culpado(a) por não estar perto dele.	1	2	3	4
5. O meu pai tinha prazer em estar comigo.	1	2	3	4
6. O meu pai fazia-me sentir que eu era um fardo para ele.	1	2	3	4
7. O meu pai pressionava-me para estudar e para o sucesso, em vez de me dar apoio e compreensão.	1	2	3	4
8. O meu pai e eu pensávamos da mesma maneira.	1	2	3	4
9. O meu pai pensava que eu não era capaz de tomar conta de mim, se ele não estivesse ao meu lado.	1	2	3	4
10. O meu pai e eu éramos extremamente unidos.	1	2	3	4
11. O meu pai tratou-me, até demasiado tarde, como um bebé.	1	2	3	4
12. O meu pai tinha que dar a sua opinião para que eu pudesse tomar decisões.	1	2	3	4
13. O meu pai era infeliz na sua relação conjugal, amorosa.	1	2	3	4
14. O meu pai mostrava que gostava de ser pai.	1	2	3	4
15. O meu pai confidenciava-me os seus problemas e preocupações.	1	2	3	4

1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
16. O meu pai tentava controlar tudo o que eu fazia.	1	2	3	4
17. O meu pai era paciente e tolerante.	1	2	3	4
18. O meu pai, frequentemente, fazia na minha vez coisas que eu era capaz de fazer.	1	2	3	4
19. O meu pai precisava de todo o meu apoio e atenção.	1	2	3	4
20. O meu pai fazia-me sentir que gostava de mim tal como eu era, sem exigir que eu fosse uma pessoa diferente.	1	2	3	4
21. O meu pai era alguém a quem eu tinha dificuldade em agradar.	1	2	3	4
22. O meu pai era uma pessoa a quem podia fazer as minhas confidências.	1	2	3	4
23. O meu pai não me deixava fazer as coisas que eram normalmente permitidas a crianças da minha idade.	1	2	3	4
24. O meu pai manifestava um bem-estar e uma capacidade de agir que me dava confiança.	1	2	3	4
25. O meu pai não tinha sido capaz de se aguentar nos maus momentos, se não fosse a minha ajuda.	1	2	3	4
26. O meu pai não tinha tempo para mim.	1	2	3	4
27. O meu pai desiludiu-me muito.	1	2	3	4
28. O meu pai, muitas vezes, era áspero e duro comigo.	1	2	3	4
29. O meu pai estava sempre disponível quando eu precisava da sua confiança e apoio.	1	2	3	4
30. O meu pai tentava fazer com que eu precisasse dele para tudo.	1	2	3	4
31. O meu pai era rigoroso e rígido, amedrontando-me.	1	2	3	4
32. O meu pai pressionou-me para que fosse independente, desde demasiado cedo.	1	2	3	4
33. O meu pai era muito crítico em relação a tudo o que eu fazia.	1	2	3	4
34. O meu pai esperava de mim que eu lhe desse mimos e apoio.	1	2	3	4
35. O meu pai tinha manifestações físicas de afecto comigo (abraços, carícias, etc.).	1	2	3	4
36. O meu pai fazia-me sentir especial por fazer-me confidências da sua vida.	1	2	3	4
37. O meu pai, raramente, estava comigo a fazer as minhas coisas.	1	2	3	4
38. O meu pai desapontou-se muito comigo.	1	2	3	4
39. O meu pai preocupava-se demasiado com a possibilidade de eu me magoar ou de ficar doente.	1	2	3	4

1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
40. O meu pai não queria que eu me tornasse adulto(a).	1	2	3	4
41. O meu pai esforçava-se por me compreender e ajudar quando eu me sentia mais triste.	1	2	3	4
42. O meu pai fazia-me sentir culpado(a) e diminuído(a) quando não aprovava o que eu fazia	1	2	3	4
43. O meu pai chamava-me a atenção para as suas preocupações e necessidades.	1	2	3	4
44. O meu pai era quem me dizia o que eu devia fazer ou sentir em relação às pessoas e ao mundo.	1	2	3	4
45. O meu pai só podia contar comigo.	1	2	3	4
46. O meu pai estava demasiado ocupado ou preocupado com os seus assuntos para me dar atenção.	1	2	3	4
47. A relação com o meu pai era aberta e à vontade.	1	2	3	4
48. O meu pai não me dava coragem para eu desenvolver as minhas capacidades.	1	2	3	4
49. O meu pai era incompetente ou incapaz de lidar com situações problemáticas.	1	2	3	4
50. O meu pai não gostava da minha companhia em casa.	1	2	3	4
51. O meu pai e eu éramos amigos inseparáveis.	1	2	3	4
52. O meu pai esperava que eu fosse um(a) "menino(a) exemplar".	1	2	3	4
53. O meu pai protegia-me excessivamente.	1	2	3	4
54. O meu pai tinha expectativas muito elevadas em relação a mim e ao meu futuro.	1	2	3	4

Código: _____

FORMA MÃE

Este questionário procura conhecer o modo como a sua mãe (ou pessoa que a substituiu) se relacionou consigo quando era pequeno(a), período que se pode estender até aos 15 / 16 anos. Em seguida, é apresentado um conjunto de afirmações e gostaríamos que para cada uma indicasse em que grau ela caracteriza a relação da sua mãe consigo. Assim, se considerar que a afirmação caracteriza muito mal, que era exactamente o contrário, deverá assinalar que *discorda totalmente*, colocando uma cruz no número 1 da escala de resposta; se considerar que a afirmação caracteriza muito bem o que foi a relação da sua mãe consigo, deverá assinalar que *concorda totalmente*, colocando uma cruz no número 4 da escala de resposta e, assim sucessivamente, expressando o seu grau de acordo com a afirmação correspondente.

1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A minha mãe achava que era ela quem devia resolver os meus problemas.	1	2	3	4
2. A minha mãe, geralmente, perdoava-me os erros ou limitações.	1	2	3	4
3. A minha mãe intrometia-se na minha vida.	1	2	3	4
4. A minha mãe fazia-me sentir culpado(a) por não estar perto dela.	1	2	3	4
5. A minha mãe tinha prazer em estar comigo.	1	2	3	4
6. A minha mãe fazia-me sentir que eu era um fardo para ela.	1	2	3	4
7. A minha mãe pressionava-me para estudar e para o sucesso, em vez de me dar apoio e compreensão.	1	2	3	4
8. A minha mãe e eu pensávamos da mesma maneira.	1	2	3	4
9. A minha mãe pensava que eu não era capaz de tomar conta de mim, se ela não estivesse ao meu lado.	1	2	3	4
10. A minha mãe e eu éramos extremamente unidos(as).	1	2	3	4
11. A minha mãe tratou-me, até demasiado tarde, como um bebé.	1	2	3	4
12. A minha mãe tinha que dar a sua opinião para que eu pudesse tomar decisões.	1	2	3	4
13. A minha mãe era infeliz na sua relação conjugal, amorosa.	1	2	3	4
14. A minha mãe mostrava que gostava de ser mãe.	1	2	3	4
15. A minha mãe confidenciava-me os seus problemas e preocupações.	1	2	3	4

1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
16. A minha mãe tentava controlar tudo o que eu fazia.	1	2	3	4
17. A minha mãe era paciente e tolerante.	1	2	3	4
18. A minha mãe, frequentemente, fazia na minha vez coisas que eu era capaz de fazer.	1	2	3	4
19. A minha mãe precisava de todo o meu apoio e atenção.	1	2	3	4
20. A minha mãe fazia-me sentir que gostava de mim tal como eu era, sem exigir que eu fosse uma pessoa diferente.	1	2	3	4
21. A minha mãe era alguém a quem eu tinha dificuldade em agradar.	1	2	3	4
22. A minha mãe era uma pessoa a quem podia fazer as minhas confidências.	1	2	3	4
23. A minha mãe não me deixava fazer as coisas que eram normalmente permitidas a crianças da minha idade.	1	2	3	4
24. A minha mãe manifestava um bem-estar e uma capacidade de agir que me dava confiança.	1	2	3	4
25. A minha mãe não tinha sido capaz de se aguentar nos maus momentos, se não fosse a minha ajuda.	1	2	3	4
26. A minha mãe não tinha tempo para mim.	1	2	3	4
27. A minha mãe desiludiu-me muito.	1	2	3	4
28. A minha mãe, muitas vezes, era áspera e dura comigo.	1	2	3	4
29. A minha mãe estava sempre disponível quando eu precisava da sua confiança e apoio.	1	2	3	4
30. A minha mãe tentava fazer com que eu precisasse dela para tudo.	1	2	3	4
31. A minha mãe era rigorosa e rígida, amedrontando-me.	1	2	3	4
32. A minha mãe pressionou-me para que fosse independente, desde demasiado cedo.	1	2	3	4
33. A minha mãe era muito crítica em relação a tudo o que eu fazia.	1	2	3	4
34. A minha mãe esperava de mim que eu lhe desse mimos e apoio.	1	2	3	4
35. A minha mãe tinha manifestações físicas de afecto comigo (abraços, carícias, etc.).	1	2	3	4
36. A minha mãe fazia-me sentir especial por fazer-me confidências da sua vida.	1	2	3	4
37. A minha mãe, raramente, estava comigo a fazer as minhas coisas.	1	2	3	4
38. A minha mãe desapontou-se muito comigo.	1	2	3	4
39. A minha mãe preocupava-se demasiado com a possibilidade de eu me magoar ou de ficar doente.	1	2	3	4

1 **Discordo Totalmente**	2 **Discordo**	3 **Concordo**	4 **Concordo Totalmente**

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
40. A minha mãe não queria que eu me tornasse adulto(a).	1	2	3	4
41. A minha mãe esforçava-se por me compreender e ajudar quando eu me sentia mais triste.	1	2	3	4
42. A minha mãe fazia-me sentir culpado(a) e diminuído(a) quando não aprovava o que eu fazia	1	2	3	4
43. A minha mãe chamava-me a atenção para as suas preocupações e necessidades.	1	2	3	4
44. A minha mãe era quem me dizia o que eu devia fazer ou sentir em relação às pessoas e ao mundo.	1	2	3	4
45. A minha mãe só podia contar comigo.	1	2	3	4
46. A minha mãe estava demasiado ocupada ou preocupada com os seus assuntos para me dar atenção.	1	2	3	4
47. A relação com a minha mãe era aberta e à vontade.	1	2	3	4
48. A minha mãe não me dava coragem para eu desenvolver as minhas capacidades.	1	2	3	4
49. A minha mãe era incompetente ou incapaz de lidar com situações problemáticas.	1	2	3	4
50. A minha mãe não gostava da minha companhia em casa.	1	2	3	4
51. A minha mãe e eu éramos amigos(as) inseparáveis.	1	2	3	4
52. A minha mãe esperava que eu fosse um(a) "menino(a) exemplar".	1	2	3	4
53. A minha mãe protegia-me excessivamente.	1	2	3	4
54. A minha mãe tinha expectativas muito elevadas em relação a mim e ao meu futuro.	1	2	3	4

Código: _____

"Antes de ter este problema"

As questões que se seguem, referem-se ao seu funcionamento "antes de ter este problema", pelo que serão sempre iniciadas por esta expressão.

1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Antes de ter este problema, tinha momentos em que sentia uma raiva intensa, a qual não conseguia controlar.	1	2	3	4
2. Antes de ter este problema, tinha tendência a estar muito atento(a) e preocupado(a) com as minhas reacções fisiológicas (como o funcionamento do coração, do intestino, etc.).	1	2	3	4
3. Antes de ter este problema, tinha tendência a sentir-me invadido(a) e perturbado(a) por dúvidas, imagens ou pensamentos repetitivos.	1	2	3	4
4. Antes de ter este problema, considerava que a melhor forma de viver era contar apenas comigo próprio(a).	1	2	3	4
5. Antes de ter este problema, desiludia-me muito com as pessoas que julgava serem minhas amigas.	1	2	3	4
6. Antes de ter este problema, quando me confrontava com imprevistos sentia-me pouco confiante para os resolver sozinho(a).	1	2	3	4
7. Antes de ter este problema, tinha necessidade de ser eu a fazer as coisas, para garantir que ficavam direitas.	1	2	3	4
8. Antes de ter este problema, considerava-me, socialmente, uma pessoa pouco segura na relação com os outros e com dificuldade em encontrar a melhor maneira de dizer as coisas.	1	2	3	4
9. Antes de ter este problema, tinha tendência a sentir uma ansiedade excessiva perante situações desconhecidas.	1	2	3	4
10. Antes de ter este problema, sentia-me facilmente ameaçado(a) pelas críticas ou apreciações que faziam à minha pessoa ou ao meu trabalho.	1	2	3	4
11. Antes de ter este problema, era muito impulsivo(a) com as outras pessoas.	1	2	3	4
12. Antes de ter este problema, tinha expectativas demasiado elevadas em relação a mim e ao meu futuro.	1	2	3	4
13. Antes de ter este problema, considerava-me emocionalmente imaturo(a) e infantil.	1	2	3	4
14. Antes de ter este problema, tinha necessidade de fazer tudo bem para não ser criticado(a) pelas pessoas que são importantes para mim.	1	2	3	4
15. Antes de ter este problema, tinha tendência para ser medroso(a) e apreensivo(a).	1	2	3	4
16. Antes de ter este problema, tinha aversão a situações que pudesse não dominar.	1	2	3	4

1 **Discordo Totalmente**	2 **Discordo**	3 **Concordo**	4 **Concordo Totalmente**

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
17. Antes de ter este problema, era muito rigoroso(a) e exigente comigo e com os outros.	1	2	3	4
18. Antes de ter este problema, era de tal maneira impulsivo(a) que chegava a provocar ferimentos a mim próprio(a).	1	2	3	4
19. Antes de ter este problema, sentia-me pouco enérgico(a), passivo(a) e com pouca actividade.	1	2	3	4
20. Antes de ter este problema, tinha tendência a desvalorizar-me.	1	2	3	4
21. Antes de ter este problema, tinha alterações bruscas de humor, com muita facilidade.	1	2	3	4
22. Antes de ter este problema, valorizava mais o trabalho/estudo do que estar com os meus amigos.	1	2	3	4
23. Antes de ter este problema, enfrentar um obstáculo sozinho(a) constituía para mim um desafio difícil, mas irresistível.	1	2	3	4
24. Antes de ter este problema, era de tal forma perfeccionista que tinha dificuldade em terminar as tarefas.	1	2	3	4
25. Antes de ter este problema, quando pensava que uma situação podia vir a ser problemática para mim, passava a evitá-la.	1	2	3	4
26. Antes de ter este problema, tinha dificuldade em ter uma opinião formada acerca de mim próprio(a).	1	2	3	4
27. Antes de ter este problema, sentia-me impotente para lidar com as ameaças e os perigos que me rodeavam.	1	2	3	4
28. Antes de ter este problema, tinha tendência para ser tímido(a), introvertido(a) e pouco sociável.	1	2	3	4
29. Antes de ter este problema, tinha tendência a estar sempre muito atento(a) e preocupado(a) com a possibilidade de surgirem problemas na minha vida.	1	2	3	4
30. Antes de ter este problema, era importante ter tudo planeado e sob controlo.	1	2	3	4
31. Antes de ter este problema, não sabia o que sentir em relação à minha pessoa.	1	2	3	4
32. Antes de ter este problema, pensava que tinha alguma característica que fazia com que os outros não gostassem de mim.	1	2	3	4
33. Antes de ter este problema, quando me confrontava com dificuldades procurava logo a ajuda dos outros para resolver a situação.	1	2	3	4
34. Antes de ter este problema, tinha tendência a deprimir-me.	1	2	3	4
35. Antes de ter este problema, era conscienciosо(a) e dava muita importância aos meus valores e princípios morais.	1	2	3	4
36. Antes de ter este problema, tinha sempre um grande sentimento de vazio.	1	2	3	4

1 **Discordo Totalmente**	2 **Discordo**	3 **Concordo**	4 **Concordo Totalmente**

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
17. Antes de ter este problema, era muito rigoroso(a) e exigente comigo e com os outros.	1	2	3	4
18. Antes de ter este problema, era de tal maneira impulsivo(a) que chegava a provocar ferimentos a mim próprio(a).	1	2	3	4
19. Antes de ter este problema, sentia-me pouco enérgico(a), passivo(a) e com pouca actividade.	1	2	3	4
20. Antes de ter este problema, tinha tendência a desvalorizar-me.	1	2	3	4
21. Antes de ter este problema, tinha alterações bruscas de humor, com muita facilidade.	1	2	3	4
22. Antes de ter este problema, valorizava mais o trabalho/estudo do que estar com os meus amigos.	1	2	3	4
23. Antes de ter este problema, enfrentar um obstáculo sozinho(a) constituía para mim um desafio difícil, mas irresistível.	1	2	3	4
24. Antes de ter este problema, era de tal forma perfeccionista que tinha dificuldade em terminar as tarefas.	1	2	3	4
25. Antes de ter este problema, quando pensava que uma situação podia vir a ser problemática para mim, passava a evitá-la.	1	2	3	4
26. Antes de ter este problema, tinha dificuldade em ter uma opinião formada acerca de mim próprio(a).	1	2	3	4
27. Antes de ter este problema, sentia-me impotente para lidar com as ameaças e os perigos que me rodeavam.	1	2	3	4
28. Antes de ter este problema, tinha tendência para ser tímido(a), introvertido(a) e pouco sociável.	1	2	3	4
29. Antes de ter este problema, tinha tendência a estar sempre muito atento(a) e preocupado(a) com a possibilidade de surgirem problemas na minha vida.	1	2	3	4
30. Antes de ter este problema, era importante ter tudo planeado e sob controlo.	1	2	3	4
31. Antes de ter este problema, não sabia o que sentir em relação à minha pessoa.	1	2	3	4
32. Antes de ter este problema, pensava que tinha alguma característica que fazia com que os outros não gostassem de mim.	1	2	3	4
33. Antes de ter este problema, quando me confrontava com dificuldades procurava logo a ajuda dos outros para resolver a situação.	1	2	3	4
34. Antes de ter este problema, tinha tendência a deprimir-me.	1	2	3	4
35. Antes de ter este problema, era conscienciosо(a) e dava muita importância aos meus valores e princípios morais.	1	2	3	4
36. Antes de ter este problema, tinha sempre um grande sentimento de vazio.	1	2	3	4

1 **Discordo Totalmente**	2 **Discordo**	3 **Concordo**	4 **Concordo Totalmente**

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
37. Antes de ter este problema, vir a ter a sensação de perder o controlo era algo que me afligia muito.	1	2	3	4
38. Antes de ter este problema, considerava-me muito dependente e "apegado(a)" à minha família.	1	2	3	4
39. Antes de ter este problema, preocupava-me excessivamente com pormenores, com a ordem e a organização.	1	2	3	4
40. Antes de ter este problema, a sensação de solidão era frequente em mim.	1	2	3	4
41. Antes de ter este problema, para mim era vital fazer coisas para provar as minhas capacidades.	1	2	3	4
42. Antes de ter este problema, quando me confrontava com dificuldades pensava que ninguém me poderia compreender e ajudar.	1	2	3	4

Código: _____

HISTÓRIA DO PROBLEMA - PA

1. Relativamente ao seu problema actual:

   1.1. Que idade tinha quando teve início o seu problema actual? _____

   1.2. Já teve, no passado, outro tipo de perturbação alimentar? _____

   Não ☐ **Sim** ☐ Qual? _____

   Quando é que aconteceu? _____

   Quanto tempo se manteve assim? _____

   Procurou tratamento? **Não** ☐

   Sim ☐ Teve sucesso? **Não** ☐ **Sim** ☐

2. Que idade tinha quando recorreu pela **primeira vez** a um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico para tratar o seu **problema actual**? _____

3. Quando iniciou o tratamento com o seu actual terapeuta? _____

4. Nos 12 meses prévios ao início do seu problema, encontrava-se numa etapa especial da sua vida em que tivessem ocorrido acontecimentos, conflitos ou mudanças significativas?

   Não ☐ **Sim** ☐ Quais? (Por favor, assinale no quadro com uma cruz (x))

Doenças	
Acidentes	
Rompimento de uma relação afectiva (namorado/amigo)	
Conflitos familiares	
Sobrecarga de exigências	
Mudança de residência/escola	
Entrada na universidade	
Morte de pessoas queridas	
Casamento	
Nascimento de filhos	
Divórcio / Separação	
Outros (especifique):	

5. Actualmente, qual o grau de interferência do problema com a sua vida, incluindo trabalho, família, amigos, actividades, etc., considerando uma escala de 0 a 4?

- ☐ 0 - Nenhum
- ☐ 1 - Leve
- ☐ 2 - Moderado
- ☐ 3 – Severo
- ☐ 4 – Muito Severo

6. Numa apreciação geral, como considera que tem sido a evolução deste seu problema?

- ☐ Agravou-se
- ☐ Melhorou
- ☐ Manteve-se
- ☐ Variável ("com altos e baixos")

7. Há alguém na sua família mais próxima que tenha tido algum problema psicológico ou psiquiátrico?

Não ☐ **Sim** ☐ Esse problema era uma perturbação alimentar?

Não ☐ Que tipo de perturbação?_____

Sim ☐ Igual à sua ☐

Diferente da sua ☐

8. Durante a sua vida, alguma vez foi a um psiquiatra ou psicólogo por outros motivos distintos do problema actual?

Não ☐ **Sim** ☐ Por que motivo? _____

Que idade tinha?_____

ANEXO 2

CARTA AOS PAIS

Exmº (a) Senhor (a),

No ãmbito das perturbações do comportamento alimentar, encontramo-nos a realizar uma investigação sobre a anorexia nervosa, com o objectivo de caracterização das percepções familiares das pacientes com anorexia nervosa. Para esse efeito procedeu-se à recolha da amostra com as pacientes do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João.

A sua filha foi selecionada e aceitou participar nesta investigação, assim, necessitamos que os pais e mães destas pacientes, preencham os questionários em anexo.

A informação é confidencial, nunca será revelado qualquer dado que a identifique, sendo por isso utilizado um código para cada individuo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.
Com os melhores cumprimentos,

Dra. Sara Nascimento
(Psicóloga Responsável pela investigação)

ANEXO 3

CARTA PARA A ESCOLA

Exmº (a) Senhor (a),

No ãmbito das perturbações do comportamento alimentar, encontramo-nos a realizar uma investigação sobre a anorexia nervosa, com o objectivo de caracterização das percepções familiares das pacientes com anorexia nervosa. Para esse efeito procedeu-se à recolha da amostra com as pacientes do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João.

Para que se efectuasse a comparação entre os resultados das pacientes e a população normal, é necessário a formação de um grupo normal, que é constituído por jovens sem anorexia nervosa.

A sua filha foi selecionada e aceitou participar nesta investigação, assim, necessitamos que os pais e mães destas pacientes, preencham os questionários em anexo.

A informação é confidencial, nunca será revelado qualquer dado que a identifique, sendo por isso utilizado um código para cada individuo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.
Com os melhores cumprimentos,

Dra. Sara Nascimento
(Psicóloga Responsável pela investigação)