

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Faculdade de Medicina**

**Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas**

**FUNCIONAMENTO PARENTAL EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA  
DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**PATRICIA CASTELLANO SANCHEZ**

**Autora**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN**

**Orientadora**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. OLGA GARCIA FALCETO**

**Co-Orientadora**

**Dissertação de Mestrado**

**Porto Alegre, Setembro de 2006**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Faculdade de Medicina**

**Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas**

**FUNCIONAMENTO PARENTAL EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA  
DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-graduação em Ciências Médicas como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre

**PATRICIA CASTELLANO SANCHEZ**  
Autora

**Prof<sup>a</sup>. Dra. LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN**  
Orientadora

**Prof<sup>a</sup>. Dra. OLGA GARCIA FALCETO**  
Co-Orientadora

**Dissertação de Mestrado**

**Porto Alegre, Setembro de 2006**

*A meu filho, Pedro; uma luz em  
minha vida*

*A meus pais, Matilde e José  
Maria, que me ensinaram a  
lutar para que os sonhos se  
realizem*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, e à minha família, cuja ajuda foi imprescindível. Aos meus amigos, cujo apoio foi fundamental.

À minha orientadora, Dra. Lúcia Helena Ceitlin e à minha co-orientadora, Dra. Olga Falceto, por todo o ensinamento e incentivo recebidos.

Às minhas companheiras de pesquisa, Ieda Dorfmann, Maria Augusta Mansur, Carmen Russowsky, Sheila Weremchuk e Jeanne Pereira.

À bibliotecária Mônica Nodari, por sua competência e dedicação.

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG), em especial, ao Professor Goldim e à estatística Vânia Hirakata.

Ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas; ao Serviço de Psiquiatria e seus professores; à equipe do Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e ao HCPA.

Ao Centro de Estudos Luís Guedes e seus funcionários, em especial, a Lenise Di Domenico e Daniel da Rosa.

Por fim, agradeço às pacientes, às estudantes, e às Instituições de Ensino que consentiram em participar desta pesquisa.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO DA DISSERTAÇÃO.....</b>	<b>p. 6</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>p. 9</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>p. 13</b>
<b>2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....</b>	<b>p. 14</b>
<b>2.2 INSTRUMENTO DE VÍNCULO PARENTAL (PBI).....</b>	<b>p. 40</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>p. 47</b>
<b>4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>p. 49</b>
<b>5 ARTIGO CIENTÍFICO - VERSÃO EM INGLÊS.....</b>	<b>p. 60</b>
<b>6 ARTIGO CIENTÍFICO - VERSÃO EM PORTUGUÊS.....</b>	<b>p. 83</b>
<b>7 ANEXOS.....</b>	<b>p.107</b>

**RESUMO**  
**DA DISSERTAÇÃO**

## RESUMO DA DISSERTAÇÃO

**Introdução:** Os Transtornos Alimentares são patologias que se caracterizam por apresentarem graves perturbações no comportamento alimentar, alteração na percepção da forma corporal, preocupação excessiva com o peso e medo patológico de engordar. São patologias que estão aumentando em incidência, causam grande morbidade, trazendo sérias conseqüências físicas, psicológicas e desadaptação social. Em relação à etiologia dos Transtornos Alimentares, os conhecimentos atuais falam de uma predisposição biológica, aspectos psicológicos e influências socioculturais como fatores que provocariam maior suscetibilidade à doença. Em relação aos aspectos psicológicos, estariam incluídas características psicológicas individuais e familiares. Dentre as características familiares, vários autores afirmam que o funcionamento parental, nessas famílias, é disfuncional. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi o de investigar se o funcionamento parental na infância, percebido por um grupo de pacientes com Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre apresentava piores escores de funcionamento do que o percebido por controles normais. **Método:** Os participantes desta pesquisa foram 24 pacientes do sexo feminino, do Programa de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 97 controles de instituições de ensino. Os critérios de inclusão para os pacientes foram a presença de Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Transtorno Alimentar não especificado; ser do sexo feminino; residir em Porto Alegre ou em cidades próximas; ter 15 anos ou mais e estar com Índice de Massa Corporal (IMC) mínimo próximo a 17. Os controles foram selecionados nas

mesmas instituições de ensino das pacientes, pareados de acordo com a idade, sexo e escolaridade. Os critérios de inclusão para os controles foram não apresentar história de Transtornos Alimentares, transtornos psiquiátricos ou repetência escolar. Este estudo foi realizado através da aplicação do Instrumento de Vínculo Parental [*Parental Bonding Instrument (PBI)*], que contém duas escalas, uma que mede o cuidado, e a outra, a superproteção, embora chamada de proteção. Ao gerarem escores de cuidado e proteção, os pais podem ser efetivamente designados para um dos quatro quadrantes de funcionamento parental: Ótimo, Controle com Afeto, Controle sem Afeto, e Negligente.

**Resultados:** Os escores, referidos, de cuidado da mãe e do pai, foram significativamente inferiores no grupo das pacientes em relação ao grupo-controle. Os escores referidos, de proteção materna foram significativamente maiores no grupo das pacientes em comparação ao grupo-controle. O estilo de maternagem predominante entre as pacientes foi o Controle sem Afeto e, no grupo-controle, o estilo Ótimo.

**Conclusão:** As mães e os pais das pacientes com Transtornos Alimentares foram lembrados como menos cuidadosos do que os do grupo-controle, sendo que as mães dessas pacientes também foram lembradas como mais protetoras. Os resultados se assemelham ao de outros estudos, em diferentes culturas. Reforçam a importância do papel da família na predisposição e manutenção dos Transtornos Alimentares, bem como a necessidade de se incluir a família no processo terapêutico.



# 1 INTRODUÇÃO

# 1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares são patologias que se caracterizam por apresentarem graves perturbações no comportamento alimentar, alteração na percepção da forma corporal, preocupação excessiva com o peso e medo patológico de engordar.<sup>1</sup> Dividem-se em três categorias diagnósticas: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtornos Alimentares sem Outra Especificação.<sup>1</sup>

Algumas décadas atrás, esses quadros manifestavam-se nas classes mais favorecidas; hoje estão abrangendo todos os níveis socioeconômicos, atingindo adolescentes cada vez mais jovens.<sup>2</sup>

Estão aumentando em incidência,<sup>1,3</sup> acometendo principalmente adolescentes e mulheres jovens. Lucas *et al.*<sup>4</sup>, em um dos principais estudos epidemiológicos sobre Anorexia Nervosa, realizado em Rochester, nos Estados Unidos, verificaram que a incidência de Anorexia Nervosa no período de 1935-1939 foi de 16,6/100000, aumentando para 26,3/100000 entre 1980-1984. Em Porto Alegre, Nunes *et al.*<sup>5</sup> encontraram uma prevalência de comportamentos alimentares anormais em 11% e atípicos em 24%, em uma mostra representativa de mulheres de 12 a 29 anos; Sukster<sup>6</sup> constatou expressiva incidência de padrões alimentares anormais (21,5%) e alta incidência de insatisfação com a imagem corporal (58%) em trabalho realizado sobre padrões alimentares de adolescentes de uma escola particular.

O aumento desses transtornos está ligado a influências sociais e culturais. Desde o período pós-guerra, a sociedade tem estimulado as mulheres ao sucesso profissional, salientando a magreza e a elegância como sinônimos de

dinamismo e modernidade.<sup>7</sup> Insuflada pela opinião pública, a associação de esbeltez com saúde e auto-controle tem levado os indivíduos à busca do corpo perfeito. Frequentam academias de ginástica, aderem a alimentos dietéticos, compram e colecionam livros sobre o assunto, internam-se em clínicas de emagrecimento e remodelam o corpo com cirurgias plásticas. A questão que se impõe é: por que apenas uma parcela da população adocece, se muitos fazem dietas para emagrecer?

Ainda não se conhece a etiologia dos Transtornos Alimentares. Os conhecimentos atuais falam de uma predisposição biológica, aspectos psicológicos e influências socioculturais como fatores que provocariam maior suscetibilidade à doença,<sup>3,8,9</sup> mas ainda são necessários mais estudos que realmente corroborem essas hipóteses.

Em relação aos aspectos psicológicos predisponentes à gênese dos Transtornos Alimentares, estariam incluídas características psicológicas individuais e familiares.<sup>3,9,10,11</sup> Entre as características familiares, vários autores afirmam que o funcionamento parental nessas famílias é disfuncional.<sup>12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19</sup>

O objetivo desta pesquisa é verificar se o funcionamento parental, na infância, percebido por um grupo de pacientes com Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre apresenta piores escores de funcionamento do que o percebido por controles normais. Este estudo será realizado através da aplicação do Instrumento de Vínculo Parental [*Parental Bonding Instrument (PBI)*], que analisará qualidades parentais consideradas importantes na formação do vínculo pais-filhos e no desenvolvimento normal da criança.<sup>20</sup> A hipótese desta pesquisa é de que os escores de funcionamento parental referidos pelas

pacientes com TAs, investigados pelo PBI, serão piores do que os referidos pelos controles.

Diversas pesquisas, em diferentes países, utilizando o PBI em populações de pacientes com Transtornos Alimentares, evidenciaram que o funcionamento parental, referido por essas pacientes, apresentavam piores escores do que os referidos pelos controles.<sup>21,22,23,24,25,26,27</sup> Na literatura mundial pesquisada, não foi encontrado nenhum estudo, que utilize o PBI, em amostra de pacientes brasileiros com diagnóstico de Transtornos Alimentares. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, Psycinfo e Lilacs, usando-se as palavras chaves: Transtornos Alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, vínculo parental, funcionamento parental, funcionamento familiar e família, do período de 1980 até 2006.

Este trabalho é de extrema relevância por tratar-se do estudo de possíveis fatores predisponentes à gênese dos Transtornos Alimentares, patologias que estão aumentando em incidência,<sup>1,3,4</sup> causam grande morbidade, trazendo sérias conseqüências físicas, psicológicas, bem como desadaptação social, além de serem doenças de difícil tratamento,<sup>2,10,28,29</sup> que requerem uma equipe multidisciplinar no seu atendimento.<sup>2,8,10</sup>

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

#### 2.1.1 Anorexia Nervosa

O termo Anorexia Nervosa deriva do grego *orexis* (apetite), acrescido do prefixo *An* (privação, ausência). Anorexia Nervosa, que significa perda do apetite, de origem nervosa, não é a expressão mais adequada, considerando-se que, pelo menos no início do quadro, há uma luta ativa contra a fome.<sup>30</sup>

Historicamente Richard Morton é apontado como o autor do primeiro relato médico de Anorexia Nervosa, o qual data de 1689. No entanto, a honra da primeira descrição da Anorexia Nervosa como entidade psiquiátrica definida, é dividida entre Sir William Gull e Ernest Lasègue, no ano de 1873.<sup>2</sup>

Entre os séculos V e XIII, o jejum voluntário, ou inanição auto-imposta, era interpretado como possessão demoníaca ou milagre divino, aparecendo relatos a respeito desses comportamentos, basicamente na literatura teológica.<sup>31</sup>

Bell<sup>32</sup> descreve a vida de 260 santas e beatas, da Igreja Católica, em suas práticas de jejum religioso, a partir do século XIII. Para ele, a “anorexia sagrada” é, psicologicamente, análoga à “anorexia moderna”, pois entende que, em ambas, há um conflito de identidade e uma tentativa de libertação feminina de uma sociedade patriarcal. Entretanto autores como Silverman,<sup>33</sup> Habermas<sup>34</sup> e Beumont<sup>35</sup> discordam dessa analogia, por considerarem que os relatos religiosos da Idade Média têm valor questionável em termos de descrições médicas e

acrescentam que, na “anorexia sagrada”, o comportamento alimentar era apenas um aspecto de uma gama de práticas religiosas como autoflagelar-se ou dormir em camas de espinhos, enfim, uma das muitas formas de expressão de devoção religiosa. Habermas<sup>34</sup> acredita que o aspecto principal, que não permite que se faça equivalência entre a anorexia nervosa e a “anorexia sagrada”, é o critério diagnóstico central, qual seja, o medo mórbido de engordar, ausente nesses relatos mais antigos.

A prevalência durante a vida para Anorexia Nervosa entre as mulheres é de aproximadamente 0,5%. Indivíduos que não atingem o limiar para o Transtorno (isto é, com Transtorno da Alimentação sem Outra Especificação) são encontrados com maior frequência. A prevalência de Anorexia Nervosa entre os homens é de aproximadamente um décimo da encontrada nas mulheres. Parece haver uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. Os indivíduos que migraram de culturas nas quais o transtorno é raro, para culturas onde o transtorno é mais predominante, podem desenvolver Anorexia Nervosa à medida que assimilam os ideais de beleza associados à magreza.<sup>1</sup>

Um aumento na incidência da doença, ao longo das últimas décadas, vem sendo fortemente sugerido, bem como um início cada vez mais precoce.<sup>1,2</sup> Conforme citado na Introdução, Lucas *et al.*<sup>4</sup> observaram em um estudo realizado em Rochester, nos Estados Unidos, que a taxa de incidência de Anorexia entre mulheres dos 10-19 anos havia aumentado consideravelmente. No período de 1935-1939, foi de 16,6/100000, aumentando para 26,3/100000 entre 1980-1984.

Na Dinamarca, segundo Moller-Madsen & Nystrup,<sup>36</sup> a incidência da Anorexia, que era de 42/100000, em 1970 passou para 136/100000 em 1988.

A Anorexia Nervosa começa tipicamente do meio para o fim da adolescência, ou seja, entre 14 e 18 anos de idade. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. O aparecimento da doença freqüentemente está associado a um acontecimento vital estressante. Após um episódio inicial, alguns jovens exibem um padrão flutuante de ganho de peso, seguido de recaída, e outros vivenciam um curso crônico e deteriorante ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correção de desequilíbrios hidroeletrólíticos. Dos indivíduos internados em hospitais universitários, a mortalidade por Anorexia Nervosa, a longo prazo, é de mais de 10%. A morte ocorre, com maior freqüência, por inanição ou desequilíbrio hidroeletrólítico.<sup>1</sup> Aproximadamente, 20-30% das pacientes que inicialmente apresentam o diagnóstico de Anorexia Nervosa, com o tempo, “migram” para Bulimia Nervosa.<sup>29,37</sup>

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana<sup>1</sup> os critérios diagnósticos para a Anorexia Nervosa são os que seguem.

A) Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal abaixo de 85% do esperado).

B) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.



C) Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou a forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D) Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por exemplo, estrógeno).

Especificar tipo:

*Tipo restritivo:* durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

*Tipo compulsão periódica/purgativo:* durante o episódio atual de anorexia, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

### **2.1.2 Bulimia Nervosa**

O termo Bulimia tem uma história muito antiga. Deriva do grupo *bous* (boi) e *limos* (fome), designando, assim, um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi ou quase.<sup>5</sup>

Como parte da Síndrome Anoréxica, a Bulimia foi descrita por Gull no século XIX (1870).

Casper<sup>7</sup> refere que o primeiro relato médico bem documentado a sugerir Bulimia como síndrome é o de Ellen-West, paciente de Ludwig Biswanger, em 1944, na qual foram observadas estratégias para perder peso e episódios de comer compulsivamente, seguidos de vômitos auto-induzidos. Nessa época, começaram a aparecer, na literatura, relatos de pacientes que apresentavam um padrão alimentar peculiar, sob a forma de ataques de ingestão excessiva de alimentos, freqüentemente acompanhados de vômitos, denominados de diversas formas: hiperorexia, disorexia, bulimarexia, síndrome do caos dietético, transtorno bulímico e bulimia, entre outros.<sup>38</sup>

Em 1979, Russell<sup>39</sup> publica um trabalho, propondo uma nova síndrome, com critérios segundo os quais a paciente sofre de um impulso irresistível de comer excessivamente, procurando evitar os efeitos engordantes da comida, induzindo vômitos e/ou abusando de purgativos e tendo um medo mórbido de engordar. No ano seguinte, em 1980, o DSM-III<sup>40</sup> inclui o transtorno como Bulimia e, em 1987, o DSM-III-R<sup>41</sup>, como Bulimia Nervosa.<sup>2</sup>

Casper,<sup>7</sup> ao constatar a ausência de relatos de Bulimia Nervosa antes da década de 40, levanta a hipótese de que as mudanças econômicas e culturais como o aumento da prosperidade após os anos de depressão, possam ter desencadeado um aumento da preocupação em relação ao peso corporal, colocando mulheres de diferentes perfis psicológicos a fazer dieta. Essa situação, segundo a autora, expôs mais mulheres ao risco de desenvolverem Anorexia Nervosa, e aquelas com uma vulnerabilidade particular, como, por exemplo, tendência à instabilidade afetiva, ao risco de desenvolverem Bulimia Nervosa.

A prevalência da Bulimia Nervosa entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de aproximadamente 1-3%. A taxa de ocorrência desse

transtorno em homens é de aproximadamente um décimo da que ocorre em mulheres.<sup>1,42,43</sup> Pagsberg & Wang,<sup>44</sup> em estudo baseado em registro de casos, arquivos médicos e informações fornecidas pelos médicos, utilizando os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), encontraram que a taxa de incidência entre os anos de 1970-1980 era de 5,3/100000 aumentando para 17,6/100000 entre 1985-1989.<sup>44</sup> A Bulimia Nervosa começa no final da adolescência ou no início da idade adulta. A compulsão periódica, freqüentemente, começa durante ou após um episódio de dieta. O comportamento alimentar perturbado persiste por vários anos, em uma alta porcentagem das amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com alternância de períodos de remissão e recorrências de ataques de hiperfagia. A taxa de mortalidade nos pacientes com Bulimia é mais baixa do que naqueles com Anorexia, e a evolução também é mais favorável. Um estudo de *meta-analysis*<sup>45</sup> encontrou que 50% dos pacientes têm boa evolução. Dos que não se recuperam, 20% apenas continuam a preencher todos os critérios para Bulimia. Em outro estudo de seis anos de seguimento, 60% foram considerados recuperados; 29%, parcialmente recuperados; 10% continuavam preenchendo todos os critérios para o Transtorno, e 1% havia abandonado o estudo. Já Collings & King,<sup>46</sup> em um estudo de 10 anos de seguimento, encontraram que 52% estavam recuperados; 39% apresentavam alguma sintomatologia e 9% continuavam a apresentar Bulimia Nervosa.

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana,<sup>1</sup> os critérios diagnósticos para a Bulimia Nervosa são os que seguem.

- A.** Crises bulímicas recorrentes. Uma crise bulímica é caracterizada por ambos os seguintes aspectos:
- (1) Ingestão, em um período limitado de tempo (p. ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares.
- (2) Sensação de perda de controle sobre a alimentação durante o episódio (por ex., sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento).
- B.** Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- C.** A crise bulímica e o comportamento compensatório inadequado ocorrem, em média, pelo menos 2x por semana, por, no mínimo, 3 meses.
- D.** A auto-imagem é indevidamente influenciada pelo peso e forma do corpo.
- E.** O distúrbio não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

### *Especificar Tipo*

*Tipo Purgativo:* durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

*Tipo Não-purgativo:* durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enema.

### **2.1.3 Transtornos Alimentares sem Outra Especificação**

Essa categoria abrange os Transtornos Alimentares que não satisfazem os critérios para Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.<sup>1</sup> Muito pouco se sabe sobre essa categoria, e a orientação é de que seja tratada quando há episódios de compulsão, como a Bulimia, e nos casos de baixo peso como a Anorexia.<sup>28</sup>

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana<sup>1</sup> os critérios diagnósticos para o Transtorno da Alimentação sem outra especificação são os seguintes:

1. Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto pelo fato de que as menstruações são regulares.
2. São satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.
3. São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão alimentar e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de três meses.
4. Uso regular de um comportamento inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (p. ex., vômito induzido após o consumo de dois biscoitos).

5. Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.
6. Transtorno de compulsão periódica: crises bulímicas na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de Bulimia Nervosa.

#### **2.1.4 Etiologia dos Transtornos Alimentares**

Para compreender a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa devemos considerá-las como transtornos multifatoriais, com uma patogênese complexa, com manifestações clínicas resultantes de múltiplos fatores predisponentes e desencadeantes.<sup>2,10</sup>

Os fatores predisponentes para o surgimento da Anorexia Nervosa assemelham-se aos da Bulimia Nervosa. Como já mencionado na Introdução, os conhecimentos atuais falam de influências socioculturais, de aspectos psicológicos e de uma predisposição biológica como fatores que provocariam maior suscetibilidade à doença,<sup>3,8,9</sup> mas ainda são necessários mais estudos que corroborem essas hipóteses, pois elas podem aparecer em indivíduos que não apresentam fatores de risco para esses transtornos.<sup>47</sup>

Em relação aos aspectos psicológicos predisponentes, estariam incluídas características psicológicas individuais e familiares.<sup>3,9,10,11,28</sup>

Visto que o objetivo deste trabalho é o estudo das características familiares das pacientes com Transtornos Alimentares ou, mais precisamente, do funcionamento parental, será feita apenas uma breve revisão sobre os outros aspectos predisponentes associados.

#### 2.1.4.1 Influências culturais

Alguns autores citam que, sobretudo hoje, os aspectos culturais são muito importantes, pois, em função da crescente demanda por magreza e boa forma física, os indivíduos estão buscando cada vez mais um corpo "perfeito".<sup>48,49</sup> Esse padrão se impõe especialmente para as mulheres, para as quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal.

O antropólogo Helman\* afirma que o corpo humano, assim como as roupas e os adornos veiculam informações e mensagens sobre a sociedade e sua cultura. Da mesma maneira, noções de beleza, tamanho e formas ideais do corpo são culturalmente definidas.

Se as representações do corpo são culturalmente estabelecidas, afirma Queiroz\*\*, torna-se evidente a necessidade de compreensão do fenômeno que vem ocorrendo, em particular nas sociedades em que essas representações estão vinculadas a um padrão de beleza que exige das mulheres transformações e sacrifícios nem sempre obtidos e que também geram insatisfações e frustrações.<sup>51</sup>

Garner *et al.*<sup>52</sup> a fim de verificar uma alteração nos padrões de beleza física na sociedade, realizaram um estudo comparando os pesos e medidas de mulheres que apareceram em uma revista masculina popular e participantes do concurso Miss Universo, ao longo de vinte anos (1959-1978). Evidenciaram que

---

\* Helman CG. Culture, health and illness. 3rd ed. Oxford: Butterworth; 1994. *apud* Nakamura<sup>50</sup>

\*\* Queiróz R, Otho G. A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. In: Queiróz R, organizador. O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza. São Paulo: SENAC; 2000. *apud* Nakamura<sup>50</sup>

houve uma mudança no padrão de beleza: de um corpo com mais curvas, com formas mais arredondadas, para um tipo de beleza mais magra, com formas mais andrógenas. Em outro estudo clássico, demonstraram que pessoas cujo baixo peso era importante para um bom desempenho profissional, tais como bailarinas e modelos, apresentaram maior índice de dietas rígidas e Anorexia Nervosa, fortalecendo a hipótese de que a pressão para emagrecer vinculada a sucesso pessoal predisporiam o surgimento da Anorexia em adolescentes vulneráveis.<sup>53</sup> Trabalhos posteriores, feitos por outros autores, mostraram que a prevalência de Transtornos Alimentares aumenta à medida que aumentam a prevalência dos comportamentos relacionados à dieta.<sup>49,54</sup>

#### 2.1.4.2 Fatores neurobiológicos

Durante muitos anos, tem-se pesquisado sobre a neurobiologia dos transtornos alimentares, e os resultados dos estudos mostram que muitas das anormalidades encontradas são consequência do processo de inanição e de condutas alimentares aberrantes e que retornariam ao normal quando as pacientes se recuperam.<sup>47</sup> No entanto estudos recentes têm mostrado evidências de que o funcionamento da serotonina (*5-hydroxytryptamine*[5-ht]) continuaria alterado, mesmo após a recuperação das pacientes.<sup>47,55</sup>

A serotonina é uma monoamina que produz efeitos na saciedade, levando vários autores a formular a hipótese de que uma disfunção nos sistemas serotoninérgicos poderia predispor os indivíduos a ter transtornos alimentares.<sup>56,57</sup>

Outra hipótese é de que também existiria uma disfunção em um membro da família de polipeptídeos pancreáticos, chamado PYY, nas pacientes



com Bulimia, tendo este sido chamado de peptídeo “bulímico”, devido a suas fortes propriedades de induzir a alimentação. O fato de esse peptídeo estar aumentado no líquido cérebro-espinhal dessas pacientes em abstinência (comparando com pacientes que ainda estão com sintomas) sugere, no mínimo, uma anormalidade subjacente que tenderia a aumentar o risco de recaídas.<sup>58</sup>

Outros estudos sugerem uma alteração no funcionamento da colecistoquinina (CCK), que é um peptídeo relacionado com saciedade. Geraciari & Liddle<sup>59</sup> mostraram que a resposta da CCK após um teste com alimentação estava marcadamente diminuída em pacientes com Bulimia Nervosa, mas que, após o tratamento com antidepressivos, essa resposta melhorou. Lydiard *et al.*,<sup>60</sup> estudando o octapeptídeo da CCK no líquido cerebroespinhal, encontraram níveis mais baixos nas pacientes com Bulimia do que nos controles.

#### 2.1.4.3 Fatores genéticos

O papel da genética nos Transtornos Alimentares ainda não está claro, mas há vários estudos mostrando um aumento na prevalência da Anorexia e da Bulimia em familiares em 1º grau de pacientes com esses transtornos.

Gordwood *et al.*<sup>61</sup> relatam que familiares em 1º grau de pacientes com Transtornos Alimentares, apresentam um risco 6% maior de virem a ter essas patologias ao longo da vida, comparado a 1% nos controles. Lilenfeld *et al.*<sup>62</sup> e Strober *et al.*<sup>63</sup> encontraram que a prevalência da Anorexia e da Bulimia em familiares em 1º grau de pacientes com esses transtornos é 7 a 12 vezes maior do que em familiares de controles. Holland *et al.*,<sup>64</sup> e Wade *et al.*,<sup>65</sup> encontraram

taxas de concordância para a anorexia Nervosa em gêmeos monozigóticos entre 52-56%, e taxas de concordância em dizigóticos, entre 5 a 11%.

Já Fairburn *et al.*,<sup>66</sup> afirmam que os resultados dos estudos com gêmeos são inconsistentes e difíceis de interpretar, e que devem ser interpretados com cautela. Steiner *et al.*,<sup>29</sup> dizem que, apesar de haver contínuas evidências de um cluster familiar nos transtornos alimentares e nas atitudes alimentares sugerindo causas hereditárias, ainda não há estudos longitudinais bem conduzidos que possam separar o que é de fato influência genética ou ambiental.

#### 2.1.4.4 Características das pacientes

Bruch,<sup>14,15</sup> grande estudiosa dos Transtornos Alimentares, descreve as pacientes com Anorexia Nervosa como tendo sido crianças perfeitas, agradáveis e com aparência de serem especialmente dotadas, tentando constantemente agradar aos pais. Destaca ainda serem pacientes que apresentam grande dificuldade em detectar corretamente seus próprios sentimentos, pensamentos e sensações corporais, o que é denominado de Alexitimia. Afirma também que a tentativa de emagrecer teria uma dupla função, a de se sentirem mais eficientes, à medida que conseguem controlar seu corpo e a de se opor a seus pais, tentando romper a ligação com uma mãe que é sentida como intrusiva e controladora.

Algumas características de personalidade seriam mais comumente encontradas nas pacientes com Anorexia Nervosa. Estas seriam: perfeccionismo,<sup>51,67,68</sup> conformismo excessivo, negativismo, necessidade extrema

de agradarem e serem aceitas pelos outros,<sup>69</sup> conduta controlada e precavida e inibição da emotividade.<sup>70,71</sup> São pessoas muito preocupadas com seu desempenho e realizações acadêmicas e profissionais.<sup>51</sup>

Outros autores afirmam que, apesar de esses pacientes parecerem seguros e confiantes, freqüentemente têm sentimentos de ineficácia<sup>72</sup> e baixa auto-estima.<sup>73,74</sup> Apresentam uma estrutura de caráter rígida e obsessiva<sup>70,71</sup> e baixa *sensation seeking*, que é definida pela necessidade de buscar sensações e experiências variadas e novas, e pela disposição de correr os riscos físicos e sociais necessários para obtê-las.<sup>69</sup>

Indivíduos com Anorexia apresentam uma inteligência média ou acima da média.<sup>75,76</sup> Apesar disso, seu pensamento caracteriza-se por ser concreto e rígido, repleto de distorções cognitivas. O pensamento dicotômico do tipo “tudo ou nada” é muito comum nesta população.<sup>47,77</sup>

Há muito menos estudos a respeito da Bulimia Nervosa do que sobre a Anorexia Nervosa, dado que esse transtorno somente foi identificado como uma entidade nosológica separada da Anorexia, em 1979.

Nas pacientes com Bulimia Nervosa, também se observam mais comumente do que na população em geral e do mesmo modo que na Anorexia Nervosa, perfeccionismo acentuado, baixa auto-estima, obsessividade-compulsividade, necessidade extrema de agradar e serem aceitas pelos outros, além de negativismo.<sup>69</sup> Diferentemente do que nas pacientes com Anorexia, nas pacientes com Bulimia observa-se uma incapacidade de controle de impulsos, tanto na esfera alimentar como em outras da vida da paciente.<sup>78</sup> Estão mais propensas a condutas aditivas, são emocionalmente mais turbulentas e deprimidas.<sup>74,78</sup> São pacientes que apresentam alta *sensation seeking*.<sup>69</sup>

Já Otto Kernberg<sup>79</sup> e outros pesquisadores afirmam que a população de pacientes com Transtornos Alimentares é heterogênea.<sup>79,80</sup> A constelação de sintomas pode aparecer em diferentes estruturas de caráter, assim como em diferentes níveis de função de ego.<sup>79</sup>

As pacientes com Transtornos Alimentares referem maior insatisfação com o corpo, previamente à doença.<sup>74,81</sup>

Armstrong & Roth<sup>16</sup> encontraram que mulheres com Transtornos Alimentares reagem com extremidade a imaginárias pequenas separações de pessoas amadas.

Outros autores referem uma grande dificuldade de separação de seus pais nas pacientes com Bulimia Nervosa. Com freqüência, há a ausência de um objeto transicional, como uma chupeta ou um cobertor, para ajudar a criança a se separar psicologicamente de sua mãe.<sup>82</sup> Para atenuar essa separação, as pacientes utilizam o próprio corpo como objeto transicional, com a ingestão de alimentos representando o desejo de fusão com a mãe, e a expulsão da comida, um esforço para separar-se dela.<sup>83</sup>

Zerbe<sup>84</sup> afirma que pensar nos Transtornos Alimentares em termos de sua natureza psicossomática pode ajudar a entender a dissociação que existe entre a mente e o corpo nessas pacientes. Em função da Alexitimia que apresentam, o corpo é uma das únicas vias de expressão para elas. O objeto internalizado, nessas pessoas é lembrado, no mínimo, como insatisfatório. A relação sadomasoquista que as pacientes tentam reproduzir é a repetição de um vínculo pré-edípico destrutivo com a mãe. Possuem o desejo de controlar a figura materna, possivelmente por não terem tido a sensação de onipotência sobre o corpo da mãe, devido à falta de disponibilidade da mesma. Desse modo, pode-se

entender a restrição alimentar e a purgação como tentativas de buscar autonomia e separação do objeto desejado.

Cole-Detke & Kobak<sup>17</sup> afirmam que mulheres com TAs tentam controlar seus mundos através de seu comportamento alimentar. Escolhem esse tipo de conduta porque não possuem a habilidade de examinar seus próprios estados psicológicos, focando-se no próprio corpo. Com isso, deslocam sua atenção para longe dos problemas associados a seus relacionamentos, dirigindo-a para um objetivo mais externo e atingível que é mudar seu corpo.

Apesar do abuso sexual ter sido indicado como um fator causal para os Transtornos Alimentares, a preponderância das evidências sugere que tais abusos não estão significativamente relacionados ao desenvolvimento da Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.<sup>85,86,87,88</sup>

Em relação à comorbidade, ou seja, ao diagnóstico adicional de outro transtorno psiquiátrico nas pacientes com transtornos alimentares, vários estudos têm mostrado a presença de outros transtornos. Milos *et al.*,<sup>89</sup> encontraram uma prevalência de 74% de comorbidade com transtornos do eixo I, e 68% com transtornos do eixo II. Os diagnósticos mais prevalentes foram transtorno de humor e ansiedade, e transtornos de personalidade dos cluster A (paranóide, esquizóide e esquizotípico) e C (obsessivo-compulsivo, evitativo e dependente). Garfinkel<sup>47</sup> afirma que os pacientes com Anorexia do tipo compulsão periódica-purgativo, e pacientes com Bulimia, com frequência, preenchem os critérios para personalidade borderline. Kaye *et al.*<sup>90</sup> verificaram que dois terços de sua amostra de pacientes adultas com transtornos alimentares, apresentaram, pelo menos, um transtorno de ansiedade durante a vida. Entre esses, o mais prevalente, foi o Transtorno Obsessivo-compulsivo (41%), seguido de fobia social (20%).

Outra pesquisa evidenciou que, entre 726 adolescentes com transtorno alimentar, a maioria apresentou início do transtorno depressivo, anterior ao próprio diagnóstico de Anorexia ou Bulimia Nervosa.<sup>91</sup> Patton *et al.*,<sup>92</sup> em um estudo de seguimento de seis anos com 926 adolescentes com transtornos alimentares, verificaram uma prevalência de 50% de transtornos afetivos, principalmente associado ao diagnóstico de anorexia nervosa - tipo compulsão periódica/purgativo. Em um estudo realizado por Pheula *et al.*,<sup>93</sup> com o uso do Child Behavior Checklist (CBCL), em uma amostra de adolescentes com transtornos alimentares, foi freqüente a presença de escores elevados de depressão e ansiedade.

Estudos preliminares de prevalência de comorbidade, realizados em pacientes adolescentes com Transtornos Alimentares, têm constatado que um maior nível de psicopatologia está associado com piores resultados no seguimento.<sup>94,95,96</sup> Particularmente o diagnóstico de Anorexia nervosa, quando associado a outro diagnóstico psiquiátrico, pode ter um prognóstico pobre<sup>4</sup> e, em um estudo de seguimento que avaliou pacientes vinte e dois anos após o diagnóstico, a comorbidade esteve associada à ausência de remissão do transtorno alimentar.<sup>97</sup>

#### 2.1.4.5 Características familiares e parentais

O conceito de família, sob o enfoque sistêmico, é o de um sistema biopsicossocial. Significa dizer que a família é um organismo em si mesmo, cuja identidade excede à soma de seus membros individuais.<sup>10</sup> Dessa forma, sua evolução cumpre determinadas metas, que se justapõem às formas particulares

que cada um de seus membros escolhe para crescer. Deste ponto de vista, o funcionamento de uma família pode ser avaliado, levando-se em conta o cumprimento ou não dessas metas, observando-se o modo como todos os seus membros são afetados ou afetam o sistema numa cadeia circular.<sup>98</sup> A família proporciona apoio e sentimento de pertencimento a seus membros e é, ao mesmo tempo, o âmbito no qual são promovidas a diferenciação e a adaptação destes em outros contextos. Dessa forma, ao mesmo tempo que mantém sua identidade e estabilidade, deve ser capaz de promover mudança e crescimento de seus membros.<sup>10</sup>

Minuchin<sup>48</sup> desenvolveu o modelo estrutural de organização familiar para entender como a família pode manter sua integridade e, simultaneamente, facilitar o desenvolvimento da autonomia de seus integrantes, assegurando-lhes também a presença do afeto, da intimidade e do respeito mútuo. Sinaliza, dentro desse modelo, a noção de subsistemas – conjugal, parental, fraternal – bem como a noção de fronteiras e de hierarquias entre esses subsistemas. Estes devem relacionar-se adequadamente, para que a unidade familiar interaja funcionalmente. Essas interações devem respeitar o momento do ciclo de vida da família, sendo, mais ou menos, flexíveis, de acordo com o mesmo. Isso significa que uma família com filhos pequenos deve funcionar diferentemente de uma família com filhos adolescentes. Nessa fase do ciclo vital, as fronteiras da família com o mundo externo deveriam ser suficientemente flexíveis para permitirem os sucessivos ingressos e saídas do adolescente, necessários ao seu desenvolvimento, integrando o desabrochar da sexualidade de suas filhas. Para isso, os pais deveriam apoiar-se mutuamente na tarefa de trocar padrões de maior controle pelos de supervisão da liberdade da jovem.<sup>98</sup>

Minuchin<sup>98</sup> disserta, ainda, que a estrutura da família organiza-se em torno do apoio, da regulamentação, da proteção e da socialização dos seus membros e que tem propriedades de autoperpetuação. O indivíduo, portanto, nasce, cresce e se desenvolve dentro desse sistema, confundindo-se com o mesmo e assumindo papéis nem sempre adequados e funcionais. Quando existe disfunção no desempenho desses papéis, surge e se mantém, então, a patologia.

Amusquibar & De Simone<sup>99</sup> afirmam que a família é a primeira a transmitir os valores culturais para as crianças e que a relação mãe e filha é essencial na formação da identidade e da auto-estima da adolescente.

Na década de 60, o psicanalista John Bowlby desenvolveu a teoria do apego, que considera a existência de um comportamento inato na criança, de buscar um cuidador, que teria uma função adaptativa de propiciar proteção no início da vida e de desencadear o comportamento de cuidado (afeto/proteção) por parte do cuidador.<sup>100</sup> Bowlby acreditava que disfunções nesse vínculo poderiam ser a origem de psicopatologias em crianças e adultos<sup>101</sup> e que a formação de um apego seguro era fundamental para um desenvolvimento normal.<sup>102</sup>

O vínculo da criança com seus pais é influenciado por três aspectos principais: características da criança, dos pais e da relação dinâmica entre eles.<sup>20</sup>

Bowlby<sup>103,104</sup> ressaltou existirem dois aspectos do comportamento parental, cruciais para o desenvolvimento de uma criança saudável. Primeiro, os pais devem transmitir afeto e calor emocional e, ao mesmo tempo, serem responsivos às necessidades da criança. Esse tipo de funcionamento parental ajudaria a criança a se sentir segura e com valor. Segundo, os pais devem estimular a criança a explorar o ambiente, o que a ajudaria a ter uma maior autonomia.



Do ponto de vista psicanalítico, o mundo interno da criança está profunda e irrevogavelmente formado por suas primitivas relações com seus objetos primários, representações internas das figuras importantes no início de sua infância. Associadas às fantasias do bebê, essas representações determinam a natureza de sua relação com o mundo. Os bons relacionamentos da infância são internalizados para estruturar um núcleo estável e seguro da personalidade do indivíduo. No início do século XX, Freud<sup>105</sup> postulou a existência de um “escudo protetor”, ou filtro de estímulos, que teria a função de proteção do ego, e que faria parte da função materna nos primeiros anos de vida. Em realidade, hoje esse filtro poderia ser entendido como o resultado da internalização dessas relações boas com os objetos primários e conferiria ao indivíduo uma maior ou menor capacidade de lidar com eventos traumáticos futuros.

Em relação às características das famílias e dos pais das pacientes com Transtornos Alimentares, diversos estudos coincidem em descrever disfuncionalidade nos mesmos.

Minuchin<sup>18,98</sup> assevera que as famílias das pacientes anoréxicas e bulímicas se enquadram no perfil das famílias psicossomáticas, descrevendo quatro características das famílias psicossomáticas. A primeira delas refere-se a uma forma extrema de proximidade e intensidade nas interações familiares, que acarreta um empobrecimento das percepções que um membro da família tem do outro e de si mesmo. A segunda característica, a superproteção, age como um fator que retarda o desenvolvimento da autonomia, da competência e de interesses em atividades fora do ambiente seguro da família. A terceira, a rigidez nos relacionamentos entre os membros da família, foi compreendida como uma forma de manter o *status quo*, ao experimentarem dificuldades que poderiam

ameaçar a integridade do grupo familiar. Ao se apresentarem como “normais”, negam qualquer necessidade de mudança em suas famílias de origem, dessa forma, evitando conflitos. A quarta e última característica é a ausência de resolução de conflitos, que faz manter problemas não resolvidos, constituindo uma constante ameaça às tentativas de negociação. Essas famílias tornam-se assim, um campo fértil para o surgimento de sintomas em uma criança/adolescente especialmente vulnerável.

Herscovici & Bay<sup>10</sup> também referem que as pacientes com transtornos alimentares têm dificuldade para manter um funcionamento autônomo e estabelecer uma identidade própria separada da família.

Do mesmo modo, Kenny & Hart<sup>106</sup> verificaram que mulheres com Transtornos Alimentares geralmente descrevem seus pais como pais que não estimulavam ou não permitiam sua independência.

Um estudo observacional conduzido por Humphrey<sup>12</sup> mostra evidências desse mesmo padrão familiar de interação. Na análise interacional, pais foram vistos como enviando mensagens duplas, sugerindo um apoio para as filhas, enquanto, ao mesmo tempo, minavam sua autoconfiança. O efeito dessas interações pode ser visto nos sentimentos de inadequação das filhas.

Palazzoli & Viaro<sup>13</sup> observam, nessas famílias, um alto nível de disfunções maritais, o que leva a coalizões, e que denominam como “matrimônio de três”. São famílias onde existem mais tabus sobre nudez e sexualidade.<sup>107</sup>

Gammer<sup>108</sup> refere que essas famílias têm emoções que não podem expressar, concentrando-se no sintoma do paciente identificado. Afirma que enfado, raiva, conflitos, tristeza, alegria, prazer e excitação são, particularmente, expressões proibidas de serem manifestadas por tais famílias.

Bruch<sup>14,15</sup> fala de pais superprotetores, muito ambiciosos, preocupados com êxito e aparência externa. Em seu modelo de desenvolvimento, sugere que os déficits precoces na autonomia que as pacientes com TAs apresentam, pelos quais ela responsabiliza principalmente a mãe, devido à intrusividade e ao controle exagerados, seriam os responsáveis pela batalha pelo controle, tão característico nessas pacientes. Descreve os pais (*fathers*) como distantes e ineficientes.

Outros estudos evidenciam achados semelhantes. Descrevem as mães das pacientes com Transtornos Alimentares como supercontroladoras e perfeccionistas,<sup>16,17,18</sup> transmitindo pouco apoio para a luta de independência da filha. Descrevem um pai emocionalmente rejeitador, e uma filha que se sente rejeitada, controlada e inadequada.<sup>16,17</sup>

Alguns trabalhos demonstraram que as mães das pacientes com Transtornos Alimentares descrevem uma relação disfuncional com suas próprias mães.<sup>99,109</sup>

Amusquibar & De Simone,<sup>99</sup> em um estudo de 2003, encontraram que as mães das pacientes com Transtornos alimentares apresentavam maiores escores no *Eating Attitudes test-26*, episódios de compulsão alimentar mais freqüentes, mais episódios depressivos e mais abortos provocados.

Johnson *et al.*,<sup>110</sup> em seu trabalho evidenciaram que baixa disponibilidade, pouca afetividade e baixo nível de educação paterno estavam associados com maior prevalência de Transtornos Alimentares nos filhos.

Fishman<sup>111</sup> afirma que é rara a família com um membro com Transtorno Alimentar que não esteja envolvida com comida. Os pais, com freqüência, são *gourmets*, fazem dietas ou são vegetarianos. No dia-a-dia da vida familiar, há uma

série de acontecimentos que tem diferentes níveis de importância para os membros da família. Algumas vezes, as crianças se comportam mal, algumas vezes têm problemas na escola e, às vezes, não comem. Dessa diversidade de fatos e eventos, alguns têm mais peso do que outros, dependendo do funcionamento de cada família. Aqueles que são mais importantes para os valores da família serão mais enfocados. Quando a família é um sistema psicossomático, o ato de focar em algum determinado aspecto pode servir para diminuir a tensão crescente na família, especialmente entre as figuras parentais. Em uma família psicossomática orientada para a comida, focar em uma criança que parou de comer estabiliza o sistema, o que por sua vez, reforça o comportamento anoréxico.

Para Falceto *et al.*,<sup>112</sup> a Anorexia Nervosa é uma manifestação extrema de uma pessoa dentro de um sistema familiar patologicamente emaranhado.

Molines & Quiles,<sup>19</sup> em um estudo de 1995, concluíram que os índices de depressão nos pais e de ansiedade nas mães, nas famílias de pacientes com Anorexia Nervosa, são maiores. Neste mesmo sentido, observaram-se pais (*fathers*) mais inibidos, inseguros e colocados em um segundo plano na hora das decisões familiares, bem como alianças inadequadas entre membros da família, com falta de expressão real dos conflitos, demonstrando controle e rigidez excessivos. Também sugerem que a sobreadaptação às normas sociais existentes nessas famílias, aliada, ainda, à falta de recursos psicológicos dos pais e às características de ansiedade das mães, potencializaria a enfermidade da filha, diminuindo sua capacidade de reação, bloqueando a dinâmica familiar e agravando a crise.

Fairburn,<sup>113</sup> afirma que, nas famílias com Anorexia Nervosa, há uma maior preocupação com a aparência e maior prevalência de depressão e obesidade em seus membros.

Ludewig,<sup>114</sup> psicólogo da Universidade de Hamburgo, diz que, na Anorexia Nervosa juvenil, o ato de amar foi pouco frustrado, e as famílias não aprenderam a manejar com flexibilidade a proximidade e a distância. Os membros da família sentem-se como unidos de modo existencial e indissolúvel. Não estão em condições de viver a relação do amor entre seus seres, que são simultaneamente diferentes (por individualidade) e iguais (por pertinência à mesma família e espécie). A relação interpessoal é mantida através de monólogos ritualizados, que não contribuem para a construção de novas descrições da realidade, anulando, assim, qualquer possibilidade de mudança. Dado seu caráter repetitivo, destinado a anular mudanças, a Anorexia Nervosa juvenil possui as características típicas do fenômeno da adição. Uma dependência do outro, que nasce da incerteza e da incapacidade de decidir se o outro amado é autônomo e independente.

Alguns estudos encontraram uma maior prevalência de obesidade<sup>115</sup> e problemas com álcool entre os pais das pacientes com Anorexia do que nos controles.<sup>115,116</sup>

Palazzoli, em seu primeiro livro sobre Anorexia Nervosa, conceitua-a como uma doença sistêmica, na qual os integrantes dessas famílias não conseguem diferenciar-se uns dos outros, havendo alianças secretas entre eles, sendo que os pais parecem ter intensos conflitos neuróticos. Ressalta a importância do papel materno no desenvolvimento dos Transtornos Alimentares, descrevendo as mães das pacientes com Anorexia Nervosa como

superprotetoras, agressivas, incapazes de “empatizar” com os outros, não conseguindo considerar suas filhas como pessoas que têm seus próprios desejos.<sup>117,118</sup> Em 1985, Palazzoli<sup>119</sup> descreve a importância dos fatores sócio-culturais na gênese dessas patologias. Em um artigo para a **Revista de Terapia Familiar**,<sup>3</sup> em 1997, descreve a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa como sendo uma “epidemia social”

Cordás *et al.*<sup>120</sup> dizem que pacientes com Bulimia e seus pais relatam que suas famílias são conflituosas, desorganizadas, pouco coesas e que há falta de cuidados e de encorajamento por parte dos pais. Em sua observação direta na população clínica, descrevem que as pacientes adotam uma postura de submissão rancorosa diante dos pais, descritos como hostis e negligentes.

Reich<sup>121</sup> afirma que as famílias de pacientes com Bulimia Nervosa diferem das famílias com pacientes com Anorexia Nervosa por apresentarem um maior nível de conflito, mais impulsividade em seus membros, maior expressão dos sentimentos e menor coesão entre seus membros.

Amusquibar & De Simone<sup>99</sup> referem que as mães das pacientes com Bulimia relatam uma maior frequência de abuso físico durante suas infâncias.

Stuart *et al.*<sup>122</sup> afirmam que as mulheres com Bulimia descrevem suas famílias como tendo muitos problemas, com um clima de muita tensão, ameaças e coerção física. Sentem-se rejeitadas por ambos os pais, considerando a mãe pouco afetiva e o pai muito controlador.

Johnson & Flach,<sup>123</sup> estudando pacientes com Bulimia, encontraram famílias que não incentivam comportamentos independentes e assertivos, que dão pouca ênfase à expressão dos sentimentos e que apresentam alto nível de conflito entre seus membros.

Rorty *et al.*,<sup>124</sup> estudando pacientes com Bulimia nervosa, encontraram que esses indivíduos, em relação aos controles, relatavam maior intrusividade parental. As mães das pacientes com Bulimia, invadiam mais a privacidade, demonstravam mais ciúmes e eram mais competitivas em relação aos filhos. Os pais (*fathers*) eram mais sedutores. Ambos os pais apresentavam mais preocupação com alimentação, peso e forma corporal.

Em geral, a literatura descreve as famílias com Transtornos Alimentares<sup>10,13,18</sup> como famílias que funcionam aglutinadamente, com uma forma muito particular de proximidade entre seus membros, que se tornam excessivamente interdependentes. Também se percebem características de superproteção, de rigidez e de resistência à mudança, tornando-se sistemas fechados, que se negam a modificar seus padrões interacionais de acordo com a etapa evolutiva. Nota-se, ainda, que, combinadas essas características, fica a família com baixa tolerância ao estresse, surgindo, daí, inúmeros conflitos não resolvidos.<sup>10</sup>

## 2.2 INSTRUMENTO DE VÍNCULO PARENTAL (PBI)

Em 1979, pouco tempo após o desenvolvimento da teoria do apego por John Bowlby, Parker *et al.*,<sup>20</sup> criam o *Parental Bonding Instrument*, com o objetivo de analisar a relação dos pais com a criança.

Na realidade, apesar de a escala levar o nome de Instrumento de Vínculo Parental, não mede o vínculo diretamente, mas sim o **funcionamento dos pais** que é considerado um dos aspectos principais na formação do vínculo pais-filhos. Estudos com crianças até os seus três anos de idade, mostraram que a influência do comportamento dos pais em relação à criança, nessa fase da vida, é mais importante do que o comportamento da criança na formação do tipo de vínculo.<sup>125</sup>

O PBI é um instrumento que contém duas escalas que medem aspectos do funcionamento parental, considerados principais na formação do vínculo pais-filhos. A primeira mede o cuidado, e é uma escala mais consistente e claramente bipolar (afeto, disponibilidade, cuidado, sensibilidade versus frieza e rejeição) e a segunda mede a superproteção, embora seja designado proteção (controle, intrusão versus encorajamento da autonomia). Cuidado refere-se à tendência dos pais para estarem emocionalmente disponíveis, atentos e interessados na criança. Proteção refere-se à tendência dos pais a serem manipulativos, arbitrários ou severos ao disciplinarem a criança.

O PBI é um instrumento auto-aplicável, contendo duas escalas, tipo Likert 0-3 (muito parecido, moderadamente parecido, moderadamente diferente e muito diferente), com afirmações em relação ao pai e à mãe, em que o sujeito



responde o quanto determinado comportamento descrito naquela afirmação é semelhante ao comportamento dos seus pais até os seus 16 anos. A escala de cuidado contém 12 afirmações que são as de número 1, 2, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 24, e a escala de proteção contém 13, que corresponde às de número 3, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22 e 23 (Anexos III e IV). Foi elaborada através de análises fatoriais sucessivas, a partir de 114 itens retirados da literatura e considerados qualidades parentais importantes para o desenvolvimento normal. As escalas podem ser analisadas em conjunto ou separadamente. Os escores obtidos podem ser comparados com os de outros indivíduos, ou comparados a um ponto de corte.<sup>20</sup> Ao gerarem escores de cuidado e proteção, os pais podem ser efetivamente designados para um dos quatro quadrantes de funcionamento parental: Ótimo (alto cuidado e baixa proteção)= ótima capacidade de serem pais; Controle com Afeto (alto cuidado e alta proteção)= pais afetuosos, porém controladores; Controle sem Afeto (baixo cuidado e alta proteção) = pais pouco afetivos e controladores e Negligente (baixo cuidado e baixa proteção) = pais pouco afetivos e pouco controladores.<sup>20</sup>

O PBI foi amplamente utilizado nas últimas décadas, tendo sido validado em outros países, sem alteração da construção.<sup>126,127</sup> Estudos com irmãos, irmãos gêmeos e com outros familiares confirmaram que o PBI, além de ser confiável, mede o funcionamento parental real com razoável aproximação. Estudos de teste e reteste, um deles com 11 anos de intervalo, confirmaram a estabilidade do instrumento ao longo do tempo, enquanto estudos de seguimento, inclusive com pacientes internados, demonstraram que a doença mental não influencia significativamente a percepção dos vínculos com os pais na infância.<sup>128,129,130,131</sup> Um artigo recente apresentou a estabilidade do PBI em um

estudo de coorte de 20 anos em uma população não-clínica, controlando para gênero, saúde física e mental (incluindo alterações de humor e neuroticismo), aspectos do estilo de vida, trabalho e rede social, além de eventos de vida significativos (positivos e negativos), sendo o nascimento de filhos uma variável independente analisada, e demonstrou que o PBI é, de fato, um instrumento psicometricamente robusto, estável ao longo do tempo e com mínima influência das variáveis em estudo, consolidando-o como um instrumento muito útil em pesquisas de risco e resiliência.<sup>132</sup> Outros dois estudos mostraram não haver efeito significativo da depressão.<sup>27,133</sup> A adaptação transcultural do PBI para o Brasil foi realizada<sup>134</sup> utilizando-se o método proposto por Herdman *et al.*,<sup>135</sup> e a versão final foi aprovada pelo autor do instrumento original.

Desde então, o PBI tem sido usado em muitas pesquisas, várias delas mostrando que a falta de cuidado, especialmente quando associada a excesso de controle (Controle sem Afeto), está relacionada com psicopatologias na vida adulta, como depressão, ansiedade, suicídio, transtornos de personalidade, entre outras.<sup>136,137,138</sup>

Em relação aos Transtornos Alimentares, a maioria dos estudos usando o PBI mostram piores escores de cuidado e/ou proteção em relação aos pais das pacientes do que em relação aos pais dos controles, com algumas variações nos resultados, como será visto a seguir.

Calam & Slade<sup>139</sup> e Haudek *et al.*<sup>140</sup> aplicaram o PBI em populações não-clínicas. A primeira pesquisa encontrou que pouco cuidado e muita proteção parental estavam relacionados a atitudes alimentares anormais. O segundo trabalho, estudando uma população de mulheres americanas de origens caucasiana e asiática, verificou que a percepção de pouco cuidado por parte da

mãe, independentemente da etnicidade, correlacionava-se com uma alta frequência de Transtornos Alimentares: quanto menos cuidadosa a mãe, mais altos os escores no *Eating Disorder Examination* (EDE) e no *Eating Disorder Inventory* (EDI).

Vários outros trabalhos, em diferentes países, estudaram o funcionamento parental, através do uso do PBI, em populações de pacientes com Transtornos Alimentares e controles. Alguns desses estudos analisaram as pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa como um grupo único. Calam *et al.*,<sup>21</sup> na Inglaterra, verificaram que as pacientes lembravam de ambos os pais como menos cuidadosos e apenas do pai como mais protetor do que os controles. Steiger *et al.*<sup>22</sup> encontraram escores mais baixos de cuidado paterno no grupo das pacientes em relação aos controles, e Rhodes & Kroeger,<sup>23</sup> na Nova Zelândia, escores mais baixos de cuidado materno e mais altos de proteção materna. Esses autores também identificaram os estilos de funcionamento parental e verificaram que, tanto em relação às mães como aos pais das pacientes, o estilo predominante foi o Controle sem Afeto (45% e 35%, respectivamente), sendo que, no grupo-controle predominou o estilo Ótimo para ambos os genitores.

Algumas pesquisas estudaram os Transtornos Alimentares, separando-os em Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Di Pentima *et al.*,<sup>24</sup> na Itália, estudaram as pacientes com Anorexia, subdividindo-as em quatro grupos; com Anorexia Nervosa restritiva (ANr), com Anorexia Nervosa tipo compulsão periódica/purgativo (ANc/p), pacientes com Doença de Crohn ou Doença Celíaca e grupo com estudantes. Para o primeiro grupo (ANr), o PBI dos pais foi ótimo (altos escores de cuidado e baixos de proteção), mas, para o segundo grupo (ANc/p), foi inadequado: os pais tiveram baixos escores de cuidado e altos, de

proteção e as mães, baixos escores de cuidado. Russel *et al.*,<sup>141</sup> na Austrália, aplicaram o PBI a três grupos de adolescentes: pacientes com Anorexia Nervosa, controles normais e pacientes encaminhados ao serviço de psiquiatria, porém sem sintomas de Anorexia. Verificaram que as pacientes com Anorexia lembraram suas mães e seus pais como mais cuidadosos e menos protetores que as pacientes sem Anorexia. As pacientes com Anorexia recordaram suas mães e seus pais de forma semelhante ao grupo controle não-clínico tanto na escala de cuidado como na de proteção.

Steiger *et al.*,<sup>22</sup> no Canadá, não encontraram diferenças significativas entre os escores do PBI das pacientes com Anorexia e daquelas com Bulimia. Ambas, quando comparadas com controles, lembravam o pai como menos cuidadoso.

Gómez,<sup>25</sup> na Inglaterra, comparou 10 pacientes com Anorexia, 20 com Bulimia, com 20 controles. Os escores no PBI mostraram que as pacientes com Anorexia lembravam suas mães significativamente como menos carinhosas e mais protetoras do que os controles, não havendo diferença significativa em relação aos pais. As pacientes com Bulimia lembravam o pai como menos cuidador do que os controles.

Fitcher & Quadflieg,<sup>37</sup> na Alemanha, fizeram um estudo de seguimento de dois anos com adolescentes com Anorexia e Bulimia (n= 55). O PBI foi dado quando as pacientes eram internadas. Foi identificado o estilo de funcionamento parental Controle sem Afeto (baixo cuidado e alta proteção) no grupo das pacientes com Bulimia, principalmente em relação aos pais. No entanto, no grupo das pacientes com Anorexia, os escores do PBI não diferiram dos escores de adolescentes normais, o que os autores interpretaram como uma possível

tendência dessas pacientes a idealizarem o clima familiar e seus pais, como já evidenciado por outros autores.

Leung *et al.*,<sup>26</sup> no Reino Unido, estudaram a relação entre crenças centrais e vínculo parental em um grupo de 30 pacientes com Anorexia, 27 com Bulimia e 23 controles. Na escala de cuidado, tanto as mães como os pais do grupo das pacientes com Anorexia como do grupo das com Bulimia apresentaram escores mais baixos do que os do grupo-controle. Na escala de proteção, as mães das pacientes com Anorexia e das pacientes com Bulimia apresentaram escores mais altos de proteção do que aquelas do grupo-controle. Em relação aos pais, no grupo das pacientes com Bulimia, estes foram vistos como mais protetores do que no grupo das pacientes com Anorexia e no grupo-controle.

Pole *et al.*,<sup>27</sup> nos EUA, estudaram um grupo de 56 pacientes com Bulimia e o compararam com 30 controles. As pacientes perceberam suas mães como significativamente menos cuidadoras que os controles. Os autores agregaram os escores maternos e os paternos e verificaram que 75% das pacientes com Bulimia experienciaram pouco cuidado, em comparação a 47% dos controles. Em relação ao estilo de funcionamento parental, as pacientes com Bulimia tiveram apenas 5% do Ótimo, comparando-se com 44% dos controles.

Laporte *et al.*,<sup>116</sup> na França, aplicando o PBI a uma população de 28 mulheres com Anorexia e a um grupo-controle, com uma população não-clínica, de 27 mulheres, evidenciaram resultados significativos. Tanto as pacientes como os controles relataram receber mais cuidado por parte das mães do que dos pais; em relação à proteção, as pacientes relataram mais proteção materna do que os controles.

Tabela 1 - Estudos com PBI em Pacientes com Transtornos Alimentares

Autor	Ano	País	Tipo de Transtorno Alimentar	Pac	Resultados	Estilo de Funcionamento Parental	Tipo de Grupo Controle	Controles
Gomez	1984	Inglaterra	AN <sup>1</sup>	10	– cuidado materno + proteção materna	não refere	Funcionários de uma Escola Técnica e seus familiares	20
			BN <sup>2</sup>	20	– cuidado paterno			
Pole et al.	1988	EUA	BN <sup>7</sup>	56	75% das pacientes referiram menos cuidados de ambos os pais comparando com 47% dos controles	5% do estilo Ótimo no grupo das pacientes comparando com 44% do controle	Estudantes e trabalhadores sem história de Transtornos Alimentares ou Depressão	30
Steiger et al.	1989	Canadá	TAs <sup>1</sup> ANr <sup>2</sup> ANc/p <sup>3</sup> BNsh <sup>3</sup> BNch <sup>4</sup>	58 15 9 21 13	– cuidado paterno em todos os grupos	não refere	Sem TAs	24
Calam et al.	1990	Inglaterra	TAs <sup>5</sup>	98	– cuidado materno – cuidado paterno + proteção paterna	não refere	Estudantes e trabalhadores	242
Rhodes & Kroeger	1992	Nova Zelândia	TAs <sup>1</sup>	20	– cuidado materno + proteção materna	Controle sem Afeto tanto para as mães quanto para os pais (não estatisticamente significativo)	Sem TAs	20
Russel et al	1992	Austrália	AN	54	+ cuidado materno e paterno, – proteção materna e paterna, comparado ao grupo de pacientes sem anorexia	Ótimo, tanto para as mães quanto para os pais	Pacientes sem Anorexia	54
					Cuidado e proteção materna e paterna igual ao grupo-controle estudantes		Estudantes	54
Di Pentima et al.	1998	Itália	ANr <sup>6</sup>	35	+ cuidado materno e paterno	não refere	Estudantes	55
			ANc/p <sup>7</sup>	27	– cuidado materno e paterno + proteção paterna			
Fitcher & Quadflieg	1996	Alemanha	AN <sup>6</sup>	20	Alto cuidado materno Alto cuidado paterno	Controle sem Afeto para os pais	Sem grupo controle	171 <sup>8</sup>
			BN <sup>7</sup>	31	Baixo cuidado paterno			
Leung et al.	2000	Reino Unido	AN <sup>6</sup>	30	– cuidado materno e paterno + controle materno	não refere	Sem Transtorno Alimentar nos últimos 3 meses	23
			BN <sup>7</sup>	27	– cuidado materno e paterno + controle paterno em relação tanto ao AN como ao controle			
Laporte et al.	2001	França	ANr <sup>2</sup>	28	as pacientes e controles referiram mais cuidado materno do que paterno as pacientes relataram mais proteção materna do que os controles	não refere	Sem história psiquiátrica	27

Patrícia Sanchez

<sup>1</sup> Grupo com Anorexia Nervosa<sup>2</sup> Grupo com Bulimia Nervosa<sup>3</sup> Grupo com Bulimia Nervosa sem história de Anorexia Nervosa<sup>4</sup> Grupo com Bulimia Nervosa com história de Anorexia Nervosa<sup>5</sup> Com Transtornos Alimentares<sup>6</sup> Grupo com Anorexia Nervosa tipo Restritivo<sup>7</sup> Grupo com Anorexia Nervosa tipo Compulsão Periódica Purgativa<sup>8</sup> de uma amostra de adolescentes de estudo anterior

## **3 OBJETIVOS**

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

- Investigar se o funcionamento parental, durante a infância, percebido pelas pacientes com Transtorno Alimentar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apresenta piores escores de funcionamento do que o percebido por um grupo-controle de estudantes sem Transtornos Alimentares ou outra patologia psiquiátrica.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Investigar se os escores de cuidado materno percebido pelas pacientes com Transtornos Alimentares, durante sua infância, são menores do que no grupo-controle.
- Investigar se os escores de cuidado paterno percebido pelas pacientes com Transtornos Alimentares, durante sua infância, são menores do que no grupo-controle.
- Investigar se os escores de proteção materna percebida pelas pacientes com Transtornos Alimentares, durante sua infância, são maiores do que no grupo-controle.
- Investigar se os escores de proteção paterna percebida pelas pacientes com Transtornos Alimentares, durante sua infância, são maiores do que o grupo-controle.
- Investigar quais os estilos de funcionamento parental predominantes no grupo das pacientes e se estes diferem dos do grupo-controle.
- Investigar se os resultados da presente investigação se assemelham aos encontrados em outros estudos.



**4 REFERÊNCIAS**

**DA**

**REVISÃO DA LITERATURA**

#### 4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

- 1 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR. 4a ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- 2 Cordás TA. Transtornos do comportamento alimentar. In: Taborda JGV, Lima PP, Busnello E. Rotinas em psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 208-18.
- 3 Palazzoli MS. Anoressia-bulimia: un'ipidemia sociale. *Terapia familiare* 1997;53:47-51.
- 4 Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991;148:917-22.
- 5 Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA et al. Distúrbio da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL* 1994;16:7-10.
- 6 Sukster E. Avaliação da imagem corporal e da função viso-constitutiva em adolescentes femininas com padrão de preocupação exagerada dos hábitos alimentares (tese). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
- 7 Casper RC. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical view. *Int J Eat Dis* 1983;2:3-16.
- 8 Apolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22 Supl II:28-31.
- 9 Mussel MP, Mitchell JE, Binford RB. Anorexia nervosa. In: The outpatient treatment of eating disorders. A guide for therapists, dietitians, and physicians. Mitchell JE, editor. Minnesota: University Press; 2001. p. 5-25.
- 10 Herscovici CR, Bay L. Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- 11 Matarazzo EB. Anorexia nervosa: aspectos clínicos e terapêuticos [especial]. *Rev Psiquiatr Clin* 1992;15/19:30-5.
- 12 Humphrey LL. Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *J Consulting Clin Psychology* 1989;57:206-14.

- 13 Palazzoli MS, Viaro M. L'è processus anorexique dans la famille. *Cah Crit Therap Fam Prat Res Privat* 1988;9:117-44.
- 14 Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books; 1973.
- 15 Bruch H. Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Can J Psychiatry* 1981;26:212-17.
- 16 Armstrong JG, Roth DM. Attachment and separation difficulties in eating disorders: a preliminary investigation. *Int J Eat Dis* 1989;8:141-55.
- 17 Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:282-90.
- 18 Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families - anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
- 19 Molines M, Quiles III. Estudio comparativo de la personalidad de los padres y de la dinámica relacional de la familia en la anorexia nerviosa. In: *Congreso Español de Terapia Familiar*, 16, 1995, Barcelona. *Anais do XVI Congresso Espanhol de Terapia Familiar*, Valência: ATFVC; 1995.
- 20 Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *Br J Med Psychol* 1979;52:1-10
- 21 Calam R, Waller G, Slade PD, Newton T. Eating disorders and perceived relationships with parents. *Int J Eat Disorders* 1990;9:479-85.
- 22 Steiger H, Van der Feen J, Goldstein C, Leichner P. Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 1989;8:131-40.
- 23 Rhodes B, Kroeger J. Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry Hum Dev* 1992;22:249-63.
- 24 Di Pentima L, Magnani M, Tortolani D, Montecchi F, Ardivini C, Caputo G. Use of the Parental Bonding Instrument to compare interpretations of the parental bond by adolescent girls with restricting and binge/ purging anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 1988;3:25-31.
- 25 Gómez J. Learning to drink: The influence of impaired psychosexual development. *J Psychosom Res* 1984;28:403-10.
- 26 Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol* 2000;39:205-213.
- 27 Pole R, Waller DA, Stewart SM, Parkin-Feigenbaum L. Parental caring versus overprotection in bulimia. *Int J Eat Disord* 1988;7:601-6.
- 28 Fairburn CG, Harrison P. Eating disorders. *Lancet* 2003;361:407-16.

- 29 Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, Walker S, Sagar A, Lock J. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12 Suppl 1:138-6.
- 30 Nunes MA, Apolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho V. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- 31 Skrabanek P. Notes towards the history of anorexia nervosa. *Janus* 1983;70:109-28.
- 32 Bell R. *Holy anorexia*. Chicago (IL): University of Chicago; 1985.
- 33 Silverman JA. Historical development. In: Halmi KA, editor. *Psychobiology and treatment of anorexia and bulimia nervosa*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1992. p. 3-17.
- 34 Habermas T. The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight and bulimic symptoms in early case reports. *Int J Eat Dis* 1989;8:259-73.
- 35 Beumont PJV. The history of eating and dieting disorders. *Clin Appl Nutr* 1991;15:9-20.
- 36 Moller-Madsen S, Nystrup J. Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:197-200.
- 37 Fichter MM, Quadflieg N. Course and two-year outcome in anorexic and bulimic adolescents. *J Youth Adolesc* 1996;25:545-62.
- 38 Vandereycken W. Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: review of the literature from 1969 to 1979. *Int J Eat Dis* 1994;16:105-16.
- 39 Russel GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
- 40 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (DSM III). 3rd ed. Washington (DC): APA; 1980.
- 41 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (DSM III-R). 3rd ed. Washington (DC): APA; 1987.
- 42 Drewnowski A, Hopkins SA, Kessler RC. The prevalence of bulimia nervosa in the U.S. College Student population. *Am J Public Health* 1988;78:1322-5.
- 43 Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990;147:401-8.
- 44 Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:259-65.

- 45 Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154:313-21.
- 46 Collings S, King M. Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1994;164:80-7.
- 47 Garfinkel PE. Eating disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985. v. 2. p. 1361-71.
- 48 Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard Press; 1974.
- 49 Hsu LK. Epidemiology of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:681-700.
- 50 Nakamura E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: Busse SR, organizador. *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, 2004.
- 51 Godfrey JR. Towards optimal health: the experts discuss eating disorders. *J Womens Health* 2004;13:662-7
- 52 Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Rep* 1980;47:483-91.
- 53 Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980;10:647-56.
- 54 Patton GC. Eating disorders: antecedents, evolution and course. *Ann Med* 1992;24:281-5.
- 55 Wolfe BE, Metzger E, Jimerson DC. Research update on serotonin function in bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:345-54.
- 56 Kaye WH, Frank GK, Meltzer CC, Price JC, McConaha CW, Crossan PJ et al. Altered serotonin 2A receptor activity in women who have recovered from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001;158:1152-5.
- 57 Frank GK, Kaye WH, Meltzer CC, Price JC, Greer P, McConaha C, et al. Reduced 5-HT<sub>2A</sub> receptor binding after recovery from anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2002;52:896-906.
- 58 Crow S, Mitchell JE. In: Mitchell JE. *The outpatient treatment of eating disorders bulimia nervosa*. Minneapolis: University of Minnesota; 2001. p. 26-58.
- 59 Geraci TD, Liddle RA. Impaired cholecystokinin secretion in bulimia nervosa. *N Engl J Med* 1988;319:683-8.
- 60 Lydiard RB, Brewerton TD, Fossey MD, Laraia MT, Stuart G, Beinfeld MC, et al. CSF cholecystokinin octapeptide in patients with bulimia nervosa and in normal comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1993;150:1099-101.

- 61 Gordwood P, Bouvard M, Mouren-Simeoni MC, Kipman A, Ades J. Genetics and anorexia nervosa: a review of candidate genes. *Psychiatr Genet* 1998;8:1-12.
- 62 Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. 1998. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:603-10.
- 63 Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry* 2000;157:393-401.
- 64 Holland AJ, Murray R, Russell GF, Crisp AN. Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Brit J Psychiatry* 1984;145:414-9.
- 65 Wade T, Martin NG, Neale MC, Tiggemann M, Treolar SA, Bucholz KK, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for three measures of disordered eating. *Psychol Med* 1999;29:925-34.
- 66 Fairburn CG, Cowen PJ, Harrison PJ. Twin studies and the etiology of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999;26:349-58.
- 67 Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1994;103:137-47.
- 68 Yager J, Andersen AE. Clinical practice: anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2005;353:1481-8.
- 69 Cassin SE, Von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25:895-916.
- 70 Strober M. Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician: Int J Child Adol Health* 1985;12:134-8.
- 71 Casper RC. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1990;52:156-70.
- 72 Garner DM, Olmsted MP, Polivy J, Garfinkel PE. Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1984;46:255-66.
- 73 Hsu LK, Crisp AH, Harding B. Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1979;1(8107):61-5.
- 74 Granillo TBA, Jones-Rodriguez G, Carvajal SC. Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: association with substance use and other correlates. *J Adolesc Health* 2005;36:214-20.
- 75 Bemis KM. Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychol Bull* 1978;85:593-617.

- 76 Hamsher KS, Halmi KA, Benton AL. Prediction of outcome in anorexia nervosa from neuropsychological status. *Psychiatry Res* 1981;4:79-88.
- 77 Garfinkel PE. The treatment of anorexia nervosa in Toronto. *J Psychiatr Res* 1985;19:405-11.
- 78 Bulik CM, Sullivan PF, Weltzin TE, Kaye WH. Temperament in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995;17:251-61.
- 79 Kernberg OF. Technical Approach to Eating Disorders in Patients with Borderline Personality Organization. *Ann of Psychoanal.*, 23: 33-48.
- 80 Levin AP, Hyler SE. DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Compr Psychiatry* 1986;27:47-53.
- 81 Young EA, Clopton JR, Bleckley MK. Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. *Eat Behav* 2004;5:273-83.
- 82 Esplen MJ, Garfinkel PE. Guided imagery treatment to promote self-soothing in bulimia nervosa: a theoretical rationale. *J Psychother Pract Res* 1998;7:102-18.
- 83 Hirsch M. The body and food as objects in anorexia and bulimia. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1989;38:78-82.
- 84 Zerbe KJ. Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bull Menninger Clin* 1993;57:161-77.
- 85 Pope HG, Hudson JI. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am J Psychiatry* 1992;149:455-63.
- 86 Horesh N, Apter A, Lepkifker E, Ratzoni G, Weizmann R, Tyano S. Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:5-9.
- 87 Horesh N, Apter A, Ishai J, Danziger Y, Miculincer, M, Stein D, et al. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:921-7.
- 88 Pope HG, Mangweth B, Negrão AB, Hudson JI, Cordás TA. Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: a comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *Am J Psychiatry* 1994;151:732-7.
- 89 Milos G, Splinder A, Schnyder U. Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorders patients. *Can J Psychiatry* 2004;49:179-84.
- 90 Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004;161:2215-21.

- 91 Johnson JG, Cohen P, Kotler L, Kasen S, Brook JS. Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:1119-28.
- 92 Patton GC, Coffey C, Sawyer SM. The outcome of adolescent eating disorders: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12 Suppl 1:125-9.
- 93 Pheula, G F; Souza, MA; Sukster, E B; Sanchez, PC; Falceto, O G. Comorbidade nos transtornos alimentares: uma amostra do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev Psiquiatria RS*, 2006. No prelo.
- 94 Herpertz-Dahlmann BM, Wewetzer C; Schulz E, Remschmidt H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996;19:335-45.
- 95 Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, Heussen N, Hedebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:603-12.
- 96 Herzog DB, Nussbaum, KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:843-59.
- 97 Hsu LK, Crisp AH, Callender JS. Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anoretics 22 years after onset of illness: a pilot study. *Compr Psychiatry* 1992;33:123-7.
- 98 Minuchin S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
- 99 Amusquibar AMG, De Simone CJ. Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2003;8:225-30.
- 100 Bretherton I. Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry Hum Dev* 1997;28:33-43.
- 101 Cassidy, J. The nature of the child's ties. In: Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment*. New York: Guilford; 1999. p. 3-20.
- 102 Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 1958;39:350-73.
- 103 Bowlby J. *Attachment and loss: separation*. New York: Basic Books; 1973. v. 2.
- 104 Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1977;130:201-10.
- 105 Freud S. *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1890-1939*. Rio de Janeiro: Imago.



106 Kenny M, Hart K. Relation between parental attachment and eating disorders in a inpatient and a college sample. *J Counseling Clin Psychology* 1992;39:521-6.

107 Mangweth B, Hausmann A, Danzl C, Walch T, Rupp CI, Biebl W, et al. Childhood body-focused behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. *Psychother Psychosom.* 2005;74: 247-53.

108 Gammer C. La Trompa psicossomática: prevención en familias con transtornos psicossomático. In: *Congresso Espanhol de Terapia Familiar*, 16, 1995, Valencia. *Anais do XVI Congresso Espanhol de Terapia Familiar*. Valencia: ATFCV, 1995; p. 61-7.

109 Palazzoli MS. Family therapy with anorexic-bulimic girls. Beyond systemic rigidity. *Eat Weight Disord* 1997;2:156-9.

110 Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002;159:394-400.

111 Fishman HC. Enduring change in eating disorders: interventions with long-term results. New York: Brunner-Routledge; 2004. p.1-15.

112 Falceto OG, Rosa JCS, Tetelbom M, Sukster E, Benetti SPC, Cohen SCP, Wainstein M et al. Anorexia nervosa: querem que eu viva? *Rev Assoc Bras Psiquiatria - Assoc Psiquiatr Am Latina* 1993;15:11-6.

113 Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:468-76.

114 Ludewig K. Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: un enfoque sistémico del problema psicossomático, ejemplificado en la anorexia nervosa juvenil. *Sistemas familiares* 1992;8:9-23.

115 Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 1999 **C**; 56: 318-36.

116 Laporte L, Marcoux V, Guttman HA. Characteristics of families of women with restricting anorexia nervosa compared with normal probands. *Encephale* 2001;27:109-19.

117 Palazzoli MS. *L'anorexia mentale*. Milão: Feltrinelli; 1963.

118 Palazzoli MS, Cirillo S. Muchachas anoréxicas y bulímicas. Buenos Aires: Paidós; 1999. p.163-87. É capítulo?

119 Palazzoli MS. Anorexia nervosa: a syndrome of the affluent society. *Transcultural Psychiatric Res Rev* 1985;22:199-205.

- 120 Cordás TA, Segal A, Cobelo AW, Negrão AB, Fleitlich BW, Guimarães DB, et al. Bulimia nervosa: diagnóstico e propostas de tratamento. São Paulo: Lemos; 1998.
- 121 Reich G, Reich G. Family relationships and family therapy for eating disorders. *Prax Kinderpsychiatr* 2005;54:328-36.
- 122 Stuart GW, Laraia MT, Ballenger JC, Lydiard RB. Early family experiences of women with bulimia and depression. *Arch Psychiatr Nurs* 1990;4:43-52.
- 123 Johnson C, Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiatry* 1985;142:1321-4.
- 124 Rorty M, Yager J, Rossotto E, Buckwalter G. Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa e controles. *Int J Eat Disord* 2000;28:202-8.
- 125 Stroufe LA. Attachment classification from the perspective of infant caregiver relationships and infant temperament. *Child Dev* 1985;56:1-14.
- 126 Gómez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, Leal C. Psychometric properties of the Parental Bonding Instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:252-55.
- 127 Kitamura T, Suzuki T. A study validation of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993;47:29-36.
- 128 Mackinnon AJ, Henderson AS, Andrews G. The Parental Bonding Instrument: a measure of perceived or actual parental behavior? *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:153-9.
- 129 Mackinnon AJ, Henderson AS, Scott R, Duncan-Jones P. The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychol Med* 1989;19:1023-34.
- 130 Parker G. Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:22-7.
- 131 Parker G. The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatri Dev* 1989;7:317-35.
- 132 Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med* 2005;35:387-93.
- 133 Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI, Whiffen VE. Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry* 1988;152:24-7.
- 134 Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument. *Rev Psiquiatria RS*. Aceito para publicação 2006.

- 135 Herdman M, Fox-Rushhby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998;7:323-35.
- 136 Adam KS, Keller A, West M, Larose S, Goszer LB. Parental representation in suicidal adolescents: a controlled study. *Aust N Z J Psychiatry* 1994;28:418-25.
- 137 Parker G, Roy K, Mittchel P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* 1999;13:361-74.
- 138 Silove D, Parker G, Hadzi-Pavlovici D, Manicavagar V, Blaszczyński A. Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1991;159:835-41.
- 139 Calam R, Slade P. Eating problems and sexual experience: some relationships. *Br Rev Bulimia Anorexia Nervosa* 1987;2:37-43.
- 140 Haudek C, Rorty M, Henker B. The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian-American and Caucasian college women. *Int J Eat Disord* 1999;25:425-33.
- 141 Russell JD, Kopec-Schrader E, Rey JM, Beumont PJ. The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:236-9.

## **5 ARTIGO CIENTÍFICO**

**Versão em Inglês**

**Parenting in a sample of brazilian patients  
with eating disorders**

## PARENTING IN A SAMPLE OF BRAZILIAN PATIENTS WITH EATING DISORDERS

Patrícia Castellano Sanchez (1), Olga Garcia Falceto (2), Ieda Zammel Dorfmann (3), Maria Augusta Mansur (3), Carmen Florinda A. Russowsky (3), Sheila Weremchuk (3), Jeanne Pereira (4), Lúcia H. Freitas Ceitlin (5).

(1) Psychiatrist, researcher at the Eating Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil

(2) Psychiatrist, PhD, associate professor at the Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Coordinator at the Eating Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre

(3) Psychologist, researcher at the Eating Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

(4) Family therapist, researcher at the Eating Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

(5) Psychiatrist, MPH, PhD, associated professor of the Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.

---

Corresponding Author: Patrícia Castellano Sanchez, M. D. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria. Rua Ramiro Barcellos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco, 90035-903. Porto Alegre-RS-Brazil.  
E-mail: [patisanchez@click21.com.br](mailto:patisanchez@click21.com.br)

## Abstract

**Objective:** The aim of this research was to study whether parenting as perceived by a group of patients with eating disorders (ED) during their childhood presented worse scores than parenting perceived by a control group.

**Method:** The Parental Bonding Instrument (PBI), which contains two scales, 'care' and 'protection', was applied to a sample of 24 patients of the Eating Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and to a control group of 97 students.

**Results:** The maternal and paternal care scores as perceived by the patients were significantly lower than in the control group. The maternal protection scores as perceived by the patients were significantly higher than in the control group. "Affectionless control" was the predominant maternal style in the patient group, and "Optimal" style in the control group.

**Conclusion:** Patients with eating disorders remembered both parents as being less caring than did the control group, while mothers were also described as being more protective. The results are similar to those of other studies in different cultures. They reinforce the role of the family in the predisposition and maintenance of eating disorders, as well as the need to include the family in the therapeutic process.

## INTRODUCTION

Bowlby<sup>1,2</sup> emphasized two aspects of parental behavior he considers crucial to the development of a healthy child. First, parents should transmit affection, emotional warmth, and be responsive to the child's needs. This kind of parental functioning would help the child feel safe and worthy. Second, parents should encourage the child to explore the environment, which would help them have greater autonomy.

Different clinicians and researchers have indicated dysfunction of families and parenting as contributing factors to the genesis and/or maintenance of Eating Disorders (ED). In her first book on anorexia nervosa, Palazzoli<sup>3,4</sup> describes it as a systemic disorder where family members show an inability to differentiate from one another, keeping secret alliances among them and parents seem to have intense neurotic conflicts. She highlights the importance of the maternal role in the development of eating disorders, describing mothers of anorexia nervosa patients as overprotective, aggressive, unable to empathize with others, and incapable of considering their daughters as individuals in their own right.

In the 1960s and 70s, Minuchin<sup>5</sup> conducted a groundbreaking research on the influence of the family system on the development of ED. He described families of anorexia nervosa patients as enmeshed, with intense patterns of overprotectiveness, rigidity and family conflicts.

Bruch<sup>6</sup> mentions very ambitious parents, concerned with social success and external appearances. Her development model suggests that ED patients' early autonomy deficits – due, according to her, to the mother's excessive control

and intrusiveness – would be responsible for the struggle for control, which is very characteristic of such patients. She describes parents as distant and inefficient<sup>7</sup>.

The study of bulimia patients conducted by Johnson & Flach<sup>8</sup> showed lack of encouragement of independent and assertive behavior, low emphasis on open expression of feelings and high level of conflict within the family.

Cole-Detke & Kobak<sup>9</sup> stated that women with ED try to control their own lives through their eating behavior. They choose this kind of behavior as they are unable to examine their own psychological state, thus focusing on their own bodies. Their attention is thus shifted from relationship problems and directed toward a more external and obtainable goal, which is to change their body.

One way of assessing the quality of the parent-child relationship is observing the parent's behavior pattern, which follow-up studies have proved more important than the observation of the child's behavior<sup>10</sup>. With this goal, in 1979 Parker *et al.*<sup>11</sup> developed the Parental Bonding Instrument (PBI) to measure parental qualities considered important for a normal development, using two scales: care and overprotection, which can be assessed either together or independently. Additionally, it can classify parents into four parental styles: Optimal Parenting, Affectionate Constraint, Affectionless Control, and Neglectful Parenting. Optimal parents would be caring, affectionate and not controlling.

PBI has been used in several researches and many of them show that lack of care, especially when coupled with overcontrol (affectionless control), is associated with psychopathologies in adult life, such as depression, anxiety, suicide, personality disorders, among others.<sup>12,13,14</sup>



Most studies on eating disorders using PBI show that the care and/or protection scores of patient's parents are worse than the controls' parents scores. However, there are some differences between studies, as shown below.

Calam and Slade<sup>15</sup> & Haudek<sup>16</sup> *et al.* administered PBI to non-clinical populations. The first research showed that low parental care and overprotection were associated with abnormal eating behavior. The second study, with a population of Caucasian and Asian-American women showed that, regardless of ethnicity, the perception of low maternal care correlated to a high frequency of ED: the lower the maternal care, the higher were the scores of the Eating Disorder Examination (EDE) and the Eating Disorder Inventory (EDI).

Several other works in different countries have studied parental styles administering PBI to populations of patients with ED and controls. Some of these studies analyzed patients with anorexia and bulimia nervosa as a single group. Calam & Waller<sup>17</sup>, in England, verified that patients remembered both parents as being less caring and only the fathers as more protective than controls. Steiger *et al.*<sup>18</sup> found that patients scored fathers as less caring than did controls. Rhodes & Kroeger<sup>19</sup>, in New Zealand, found lower maternal care scores and higher maternal protection scores. They also observed that the predominant parental style for both mother and father of patients was affectionless control (45% and 35%, respectively). Optimum parenting was predominant in the control group for both parents.

Some researches have divided ED into anorexia nervosa and bulimia nervosa. In her study of anorexia patients in Italy, Di Pentima *et al.*<sup>20</sup> sub-divided subjects into four groups: restricting anorexia nervosa (RAN), binge/purging anorexia nervosa (B/PAN), patients with Crohn's disease or celiac disease and a

group of students. The PBI scores for parents of the first group (RAN) was optimal (high care and low protection); for the second group (B/PAN), however, the PBI scores were inadequate: low care and high protection scores for fathers, and low care scores for mothers. Russel *et al.*<sup>21</sup>, in Australia, applied the PBI to three groups of adolescents: anorexia nervosa patients, normal controls and patients referred for psychiatric assessment without anorectic symptoms. They found that the anorexia patients perceived their mothers and fathers as more caring and less protective than did the non-anorectic patients. The anorexia patients and the non-clinical control group remembered their mothers and fathers in a similar way on both the care and protection scales.

Steiger *et al.*<sup>18</sup>, in Canada, found no significant differences of PBI scores between anorexia and bulimia patients. They both rated fathers as less caring than did controls.

Gómez<sup>22</sup>, in England, compared 10 anorexia patients and 20 bulimia patients with 20 controls. The PBI scores showed that anorexia patients remembered their mothers as being significantly less caring and more protective than did the controls, with no significant difference regarding the fathers. Bulimia patients remembered fathers as less caring than controls.

Fitcher & Quadflieg<sup>23</sup>, in Germany, conducted a two-year outcome study with anorexia and bulimia adolescents (n=55). The PBI was administered at admission. The affectionless control parental style (low care and high protection) was identified in the bulimia group, particularly regarding fathers. However, the PBI scores in the anorexia group did not differ from normal adolescent scores, which the authors interpreted as a possible tendency to idealize the family environment and the parents, as previously emphasized by other authors.

Leung *et al.*<sup>24</sup>, in the United Kingdom, studied the association between core beliefs and parental bonding in a group of 30 anorectic patients, 27 bulimic patients and 23 controls. Both parents of the anorexia and bulimia groups had lower care scores than controls. The mothers of both anorexia and bulimia patients had higher protection scores than mothers in the control group. The fathers of bulimia patients were seen as more protective than those of anorexia patients and controls.

Pole *et al.*,<sup>25</sup> in the USA, compared a group of 56 bulimia patients with 30 controls. The patients perceived their mothers as significantly less caring than did the controls. The authors aggregated maternal and paternal scores and established that 75% of bulimic patients experienced low care compared to 47% of controls. Regarding parental style, "Optimal parenting" was reported by only 5% of bulimics and 44% of controls.

The aim of this research is to assess, by means of the PBI whether the scores of parenting as perceived by patients in an ED program in a Brazilian university general hospital are worse than those perceived by a control group of normal students. The authors have not found any studies using the PBI with ED patients in Brazil in the international literature.

## **METHOD:**

### **Participants:**

The study included 24 female patients seen in the past two years by the Eating Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. The inclusion criteria were: anorexia nervosa, bulimia nervosa or non-specific ED; female; resident in Porto Alegre or nearby towns; at least 15 years of age;

minimum BMI close to 17. From the 26 patients, one refused to participate and another changed address and could not be found.

The diagnostic assessment was carried out through clinical interviews (using DSM-IV-TR criteria)<sup>26</sup> administered to patients and their families by psychiatrists. The Mini International Neuropsychiatric Interview - M.I.N.I.<sup>27</sup> was also applied.

Six patients had restricting anorexia nervosa, seven had binge/purging anorexia nervosa, four patients had switched from anorexia nervosa to bulimia nervosa, six had bulimia nervosa and one had nonspecific Eating Disorder.

Controls and patients were selected at the same schools, paired according to age, sex and education level. Ninety-seven controls with no history of ED, psychiatric disorders or school failure were included.

### **Instrument**

The Parental Bonding Instrument (PBI) is a Likert-type 0-3 (very like, moderately like, moderately unlike and very unlike) self-report measure containing statements regarding parental behaviors. The participant should rate the similarity of a specific behavior, as described in the instrument, to his or her parents' own behavior during their first 16 years of life. The PBI was implemented in 1979 through successive factor analyses of 114 items found in the literature that were considered important parental qualities for a normal development. The PBI contains two scales: care, more consistent and clearly bipolar (measures affection, availability, care, sensitivity versus coldness and rejection); and overprotection, although termed protection (measures control, intrusion versus encouragement of autonomy). Care reflects the parental tendency to be emotionally available,

attentive and interested in the child. Protection refers to the tendency of parents to be manipulative, arbitrary or strict when disciplining the child<sup>11</sup>. As they generate care and protection scores, parents can be effectively assigned to one of the four quadrants of parental functioning: “Optimal” (high care and low protection) = optimal parenting ability; “Affectionate Constraint” (high care and high protection) = affectionate but controlling parents; “Affectionless Control” (low care and high protection) = affectionless controlling parents; and “Neglectful Parenting” (low care and low protection) = affectionless non-controlling parents<sup>11</sup>.

The PBI has been widely used in the last decades and has been validated in other countries with no alteration of construct.<sup>28,29,30</sup> Studies with siblings, twins and other family members have confirmed that besides being reliable, the PBI also measures real parental functioning with reasonable accuracy. Test and re-test studies, one of them 11 years apart, have confirmed the stability of the instrument over an extended period. Follow-up studies, including those with inpatients, have demonstrated that mental disorders do not have a significant influence on the patient’s perception of parental bonding during childhood.<sup>31,32,33,34,35</sup>

A recent paper demonstrated the stability of the PBI over a 20 year-period applied to a non-clinical population, along with measures of symptoms of depression, neuroticism, lifetime major depression, gender and positive and negative life events, increasing confidence in the PBI as a valid and stable measure<sup>36</sup>. Two other studies showed no significant effect of depression<sup>25,37</sup>.

The cross-cultural adaptation of the PBI to Brazil was performed<sup>38</sup> using the method proposed by Herdman *et al*<sup>39</sup>. The author of the original instrument approved the final version.

### **Procedure**

The HCPA Research Ethics Committee approved this research.

Prior to the administration of the PBI, patients and controls received a consent form informing that the research would apply self-report questionnaires that examined memories of personal and family life and that participants were guaranteed anonymity and secrecy.

Patients were informed that the research would be carried out in their schools and that non-participation would not affect the treatment. The parents' consent was required for participants under 18 years old (patients and controls).

No payment was offered to participants.

### **Statistical analysis**

The analysis was performed using SPSS 12.0.

Student t-test for independent samples was used to compare continuous variables, as well as to measure the mean difference with the respective confidence interval of 95% (C.I.) and standardized effect size. Categorical variables were compared based on Pearson chi-square test with adjusted residual analysis. The significance level was 0.05.

The means presented by controls (authorized by the author of the original instrument) were used as cut-offs to assign parents to the four parental styles, due to the cultural sensitivity of the instrument<sup>40</sup>.

Multiple linear regression was used for controlling the confounding effect of the variable age between groups.

## RESULTADOS

Demographic data for cases and controls (age, education and family income) are presented in Table 1.

The care scores of both parents were significantly lower in the patient group compared to the control group ( $p=0.015$  and  $p=0.031$  respectively). Maternal protection scores were significantly higher in the patient group ( $p=0.028$ ). (Table 2)

The predominant parenting style for both mothers and fathers in the patient group was "Affectionless Control" (54% and 34.8% respectively) and "Optimal" in the control group (40.9% e 34.4%). The predominance for the mothers was statistically significant ( $P = 0.008$ ), confirmed by adjusted residuals analysis. There was no significant difference regarding the fathers ( $P = 0.267$ ). (Table 3)

The results remained the same, even when the confounding effect of age was controlled with multiple linear regression. Differences between cases and controls remained significant for maternal care ( $p=0.004$ ), paternal care ( $p=0.037$ ) and maternal protection ( $p=0.008$ ), and not significant for the variable paternal protection (0.979).

There was a slight variation in the number of individuals assessed, as some adolescents could not complete the two scales. (Tables 1 and 2)

## DISCUSSION

This study shows that parental functioning during the first 16 years of life as perceived by patients with eating disorders presented worse scores than the perceived by normal controls of the sample studied. There were significant

statistical differences on both the care and protection scales. Differences occurred on both scales regarding mothers. The mothers of patients with ED were remembered as being less caring and more protective than mothers of controls. With regard to fathers, differences occurred only on the care scale. Patients remembered their fathers as being less caring than fathers of controls.

A significant difference of parental style scores, classified according to the quadrants previously mentioned in this study, was observed regarding mothers. "Affectionless Control" was the predominant style in the patient group and "Optimal" style in the control group.

The patients in our research revealed, through the PBI, that during childhood they had parents who were emotionally colder, more indifferent and more rejecting than did controls. They also remembered suffering more intrusion, infantilization and receiving less encouragement of autonomy from their mothers.

This study confirms Bowlby's<sup>1,2</sup> observations that parents who were not affectionate or responsive to the needs of their child, not encouraging autonomy, could predispose the development of an unhealthy child. It also confirms the studies by Minuchin<sup>5</sup>, Palazzoli<sup>3,4</sup>, and Bruch<sup>6,7</sup> who state that the families of patients with ED are dysfunctional, unaware of their children's needs, and do not encourage autonomy; and the observations by Palazzoli and Bruch on the importance of maternal role in the development of EDs, due to the intrusiveness, overprotection and lack of empathy.

This research confirms the results of studies that used the PBI showing the association of "Affectionless control" parental style with psychopathology in adult life<sup>12,13,14</sup>.



The research conducted by Leung *et al.*<sup>24</sup> with a group of anorexia patients is the only ED study using the PBI showing results for both parents on both scales (care and protection) similar to the present study.

There are similarities and differences between the present study and other works, as between most PBI and ED researches as a whole. The results of the maternal care scale match those found by Yamaguchi *et al.*<sup>41</sup>, Calam *et al.*<sup>17</sup>, Rhodes<sup>19</sup>, Di Pentima<sup>20</sup> (comparing binge/purging-type anorexia nervosa), Pole<sup>25</sup> (bulimia patients) and Gómez<sup>22</sup> (comparing with an anorexia group). The findings of the paternal scale are similar to those by Steiger<sup>18</sup>, Di Pentima<sup>20</sup> (regarding B/P anorexia groups), Gómez<sup>22</sup> (bulimia patients), Fitcher<sup>23</sup> (bulimia patients), Leung *et al.*<sup>24</sup> e Calam *et al.*<sup>17</sup>.

There are similarities between results of the maternal protection scale with those by Rhodes<sup>19</sup>, Gómez<sup>22</sup> (anorexia group) and Leung *et al.*<sup>24</sup>. Regarding the paternal group, there are similarities with the studies by Calam *et al.*, Calam *et al.*<sup>17</sup>, Yamaguchi *et al.*<sup>41</sup>, Steiger<sup>18</sup>, Rhodes<sup>19</sup>, Gómez<sup>22</sup> e Leung *et al.*<sup>24</sup> (anorexia group). Our findings regarding parental functioning are similar to those by Rhodes<sup>19</sup>. Both studies show predominance of the “Optimal” style in the control group and of “Affectionless Control” in the patient group.

There are still doubts whether the differences found are related to the heterogeneity of parenting of ED patients or to methodological differences. It is not clear in most of the studies mentioned above, whether controls with other psychiatric disorders were discarded, which could lead to confusion in the results, since, according to the literature, other psychiatric disorders are also associated with dysfunctional PBI scores. Differences in the distribution of patients into sub-groups could also occur according to the stage of disease, as many of them start

with anorexia symptoms, and later become bulimic while symptoms of the initial pathology stop<sup>23,26</sup>.

Other variables such as duration, severity of the disorder, and length of treatment may influence results. Bulik's<sup>42</sup> study on anorexia shows the lowest scores of maternal and paternal care in the chronically ill group. A study with patients with ED by Yamaguchi *et al.*<sup>41</sup>, showed higher overprotection scores in the group of suicide attempters. The influence of young age in understanding the PBI is another criterion that should be studied in more detail. Patients under 15 years of age could be giving state responses and consequently the scores would reflect the parents' current or recent behavior, thus distorting the overall goal of the PBI, which is to obtain a general estimate of the parental functioning over a period of time.

It is important to emphasize that despite the heterogeneity of results, studies were unanimous regarding dysfunctional parenting, except for results of a few anorexia studies considered highly questionable by the authors themselves, which were probably consequence of the characteristic functioning of those patients, who avoid revealing problems and family conflicts.<sup>20,21,23</sup>

The limitations of this research were the number of patients, which did not allow the assessment of ED in sub-groups, and the lack of control of possible confounding variables, such as the influence of length, severity of disease, and length of treatment.

This research concludes that patients with ED remembered both parents, during the first 16 years of life, as less caring and mothers also as more protective. These findings corroborate with the hypothesis that the family functioning would be one of the predisposing factors to the genesis and

maintenance of Eating Disorders, pathologies with an etiology still not fully understood. These results also reinforce previous studies that emphasize the need to include the family in the therapeutic process of the eating disorders.<sup>43,44,45</sup>

Identifying faults within the family environment that could contribute to the maintenance of the disease and also predispose other family members to develop such disorders should be priority.

**Table 1 – Demographic characteristics, according to groups studied.**

	<b>Patients (n = 24)</b>	<b>Controls (n = 97)</b>	<b>P*</b>
Age	18.3 ± 1.9	18.8 ± 2.8	0.265 <sup>#</sup>
Education (years of study)	10.7 ± 1.5	11.0 ± 1.4	0.330 <sup>#</sup>
Annual family income(u\$)	13408.5 (6063.4;20605.6)	13014.1 (6802.8;26225.4)	0.536 <sup>∇</sup>

<sup>#</sup> Values presented in mean ± standard deviation, Student t-test for independent samples

<sup>∇</sup> Values presented in median (percentiles 25 and 75), Mann-Whitney U-test

**Table 2 - Parental Bonding Instrument scores in the assessed groups**

	<b>Patients</b>		<b>Controls</b>		<b>Difference among means (IC 95%)</b>	<b>P*</b>	<b>Standardized Effect Size</b>
	<b>n</b>	<b>Mean ± Standard deviation</b>	<b>n</b>	<b>Mean ± Standard deviation</b>			
Maternal care	24	23.7 ± 9.1	97	28.8 ± 6.8	-5.1 (-9.2; -1.1)	0.015	0.706
Maternal protection	24	19.8 ± 8.2	96	15.9 ± 7.5	3.9 (0.4; 7.4)	0.028	0.508
Paternal care	23	19.5 ± 11.6	93	25.3 ± 8.6	-5.8 (-11.1; -0.6)	0.031	0.632
Paternal protection	23	13.7 ± 8.5	91	13.6 ± 7.9	0.1 (-3,7; 3.8)	0.971	0.009

\* Student t test for independent samples

**Table 3 – Parental Styles (PS) in the assessed groups**

Parental styles	Mother		Father	
	Patients	Controls	Patients	Controls
Optimal parenting	3 (12.5) <i>-2.6</i>	38 (40.9) <i>2.6</i>	6 (26.1) <i>-0.8</i>	31 (34.4) <i>0.8</i>
Affectionate constraint	5 (20.8) <i>-0.4</i>	23 (24.7) <i>0.4</i>	2 (8.7) <i>-1.5</i>	20 (22.2) <i>1.5</i>
Affectionless control	13 (54.2) <i>3.2</i>	20 (21.5) <i>-3.2</i>	8 (34.8) <i>1.1</i>	21 (23.3) <i>-1.1</i>
Neglectful parenting	3 (12.5) <i>-0.1</i>	12 (12.9) <i>0.1</i>	7 (30.4) <i>1.1</i>	18 (20.0) <i>-1.1</i>
P* Value	0,008		0,267	

Values in absolute and relative frequencies. In *Italic* are the adjusted residuals.

\* Pearson chi square test

## REFERENCES

1. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol.2 Separation. New York. Basic Books,1973.
2. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. Br J Psychiatry 1977;130:201-210.
3. Palazzoli MS. L' Anoressia Mentale. Milão. Feltrinelli,1963.
4. Palazzoli MS, Cirillo S. Muchachas anoréxicas y bulímicas. Buenos Aires: Paidós; 1999.
5. Minuchin S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
6. Bruch H. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books; 1973.
7. Bruch H. Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. Can J Psychiatry 1981;26:212-217.
8. Johnson C, Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. Am J Psychiatry 1985;142:1321-1324.
9. Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. J Consult Clin Psychol 1996;64:282-290.
10. Stroufe LA. Attachment classification from the perspective of infant caregiver relationships and infant temperament. Child Dev 1985;56:1-14.
11. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. Br J Med Psychol 1979;52:1-10.

12. Adam KS, Keller A, West M, Larose S, Goszer LB. Parental representation in suicidal adolescents: a controlled study. *Aust N Z J Psychiatry* 1994;28:418-425.
13. Parker G, Roy K, Mittchel P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* 1999;13:361-374.
14. Silove D, Parker G, Hadzi-Pavlovici D, Manicavagar V, Blaszczynski A. Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1991;159:835-841.
15. Calam R, Slade P. Eating problems and sexual experience. Some relationships. *Br Rev Bulimia Anorexia Nervosa* 1987;2:37-43.
16. Haudek C, Rorty M, Henker B. The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian- American and Caucasian college women. *Int J Eat Disord* 1999;25:425-433.
17. Calam R, Waller G, Slade PD, Newton T. Eating disorders and perceived relationships with parents. *Int J Eat Disorders* 1990;9:479-485.
18. Steiger H, Van der Feen J Goldstein C, Leichner P. Defense Styles and Parental Bonding in Eating-Disordered Women. *Int J Eat Disord* 1989;8:131-140.
19. Rhodes B, Kroeger J. Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry Hum Dev* 1992;22:249-263.
20. Di Pentima L, Magnani M, Tortolani D, Montecchi F, Ardovini C, Caputo G. Use of the Parental Bonding Instrument to compare interpretations of the parental bond by adolescent girls with restricting and binge/ purging anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 1988;3:25-31.

21. Russell JD, Kopec-Schrader E, Rey JM, Beumont PJ. The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:236-239.
22. Gómez J. Learning to drink: The influence of impaired psychosexual development. *J Psychosom Res* 1984;28:403-410.
23. Fichter MM, Quadflieg N. Course and two-year outcome in anorexic and bulimic adolescents. *J Youth Adolesc* 1996;25:545-562.
24. Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol* 2000;39:205-213.
25. Pole R, Waller DA, Stewart SM, Parkin-Feigenbaum L. Parental caring versus overprotection in bulimia. *Int J Eat Disord* 1988;7:601-606.
26. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR. 4a ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
27. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22:106-115.
28. Gómez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, Leal C. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:252-255.
29. Kitamura T, Suzuki T. A study validation of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993;47:29-36.
30. Qadir F, Stewart R, Khan M, Prince M. The validity of the Parental Bonding Instrument as a measure of maternal bonding among young Pakistani women *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:276-282



31. Mackinnon AJ, Henderson AS, Andrews G. The Parental Bonding Instrument: a measure of perceived or actual parental behavior? *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:153-159.
32. Mackinnon AJ, Henderson AS, Scott R, Duncan-Jones P. The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychol Med* 1989;19:1023-1034.
33. Parker G. Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:22-27.
34. Parker G. The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatri Dev* 1989;7:317-335.
35. Lizardi H; Klein DN. Long-term stability of parental representations in depressed outpatients utilizing the Parental Bonding Instrument. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:183-188
36. Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med* 2005;35:387-393.
37. Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI, Whiffen VE. Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry* 1988;152:24-27.
38. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument. *Rev Psiquiatria RS*. Aceito para publicação 2006.
39. Herdman M, Fox-Rushhby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998;7:323-335.
40. Parker G, Lipscombe P. Parental characteristics of Jews and Greeks in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1979;13:225-229.

41. Yamaguchi N, Kobayashi J, Tachikawa H, Sato S, Hori M, Suzuki T, et al. Parental representation in eating disorder patients with suicide. *J Psychosom Res* 2000;49:131-136.
42. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *Int J Eat Disord* 2000;28:139-147.
43. Herscovici CR, Bay L. Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
44. Russel GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia Nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
45. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Skand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolescent* 1999;38:1482-9.

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**Versão em Português**

**Funcionamento parental em uma amostra  
brasileira de pacientes com transtornos  
alimentares**

## **FUNCIONAMENTO PARENTAL EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Patrícia Castellano Sanchez (1), Olga Garcia Falceto(2), Ieda Zammel Dorfmann(3), Maria Augusta Mansur(3), Carmen Florinda A. Russowsky(3), Sheila Weremchuk(3), Jeanne Pereira(4),  
Lúcia H. Freitas Ceitlin(5).

(1) Psiquiatra, pesquisadora do Programa de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

(2) Psiquiatra, PHD, Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;  
Coordenadora do Programa de Transtornos Alimentares do HCPA

(3) Psicóloga, pesquisadora do Programa de Transtornos Alimentares do HCPA.

(4) Terapeuta de família, pesquisadora do Programa de Transtornos Alimentares do HCPA.

(5) Psiquiatra, MPH, PHD, Professora Associada do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Brasil

---

Correspondência: Patrícia Castellano Sanchez. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria. Rua Ramiro Barcellos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco, 90035-903. Porto Alegre-RS-Brasil.  
E-mail: [patisanchez@click21.com.br](mailto:patisanchez@click21.com.br)

## RESUMO

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi estudar se o funcionamento parental percebido por um grupo de pacientes com Transtornos Alimentares (TAs), durante sua infância, apresentava piores escores de funcionamento do que o percebido por um grupo controle.

**Método:** Foi aplicado o Instrumento de Vínculo Parental [*Parental Bonding Instrument* (PBI)] que contém duas escalas, uma de cuidado e outra de proteção, em uma amostra de 24 pacientes do Programa de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e em um grupo controle de 97 estudantes sem TAs ou outro transtorno psiquiátrico.

**Resultados:** Os escores referidos de cuidado da mãe e do pai, foram significativamente inferiores no grupo das pacientes, em relação ao grupo controle. Os escores referidos, de proteção materna, foram significativamente maiores no grupo das pacientes em comparação ao grupo controle. O estilo de maternagem predominante entre as pacientes foi o Controle sem Afeto e, no grupo-controle, o estilo Ótimo.

**Conclusões:** As mães e os pais das pacientes com Transtornos Alimentares foram lembrados como menos cuidadosos do que os do grupo-controle, sendo que as mães dessas pacientes também foram lembradas como mais protetoras. Os resultados se assemelham aos de outros estudos, em diferentes culturas. Reforçam a importância do papel da família na predisposição e manutenção dos Transtornos Alimentares, bem como a necessidade de se incluir a família no processo terapêutico.

## INTRODUÇÃO

Bowlby<sup>1,2</sup> ressaltou existirem dois aspectos do comportamento parental cruciais ao desenvolvimento de uma criança saudável. Primeiro, os pais deveriam transmitir afeto, calor emocional e serem responsivos às necessidades da criança. Esse tipo de funcionamento parental ajudaria a criança a se sentir segura e com valor. Segundo, os pais deveriam estimular a criança a explorar o ambiente, o que a ajudaria a ter uma maior autonomia.

Clínicos e pesquisadores têm citado a disfunção da família e do funcionamento parental como um dos fatores contribuintes na gênese e/ou na manutenção dos Transtornos Alimentares (TAs). Palazzoli<sup>3,4</sup>, em seu primeiro livro sobre Anorexia Nervosa, conceitua-a como uma doença sistêmica, na qual os integrantes dessas famílias não conseguem diferenciar-se uns dos outros, havendo alianças secretas entre eles, sendo que os pais parecem ter intensos conflitos neuróticos. Ressalta a importância do papel materno no desenvolvimento dos TAs, descrevendo as mães das pacientes com Anorexia Nervosa como superprotetoras, agressivas, incapazes de “empatizar” com os outros, não conseguindo considerar suas filhas como pessoas que têm seus próprios desejos. Minuchin<sup>5</sup>, em sua pesquisa pioneira, nos anos 60-70, sobre a influência do sistema familiar nos TAs, descreve as famílias das pacientes com Anorexia Nervosa como sendo aglutinadas, com intensos padrões de superproteção, rigidez e conflitos familiares. Bruch<sup>6</sup> fala de pais muito ambiciosos, preocupados com o êxito social e a aparência externa. Em seu modelo de desenvolvimento, sugere que os déficits precoces na autonomia que as pacientes com TAs

apresentam, pelos quais ela responsabiliza principalmente a mãe devido à intrusividade e ao controle exagerados seriam os responsáveis pela batalha pelo controle, tão característico nessas pacientes. Descreve os pais como distantes e ineficientes<sup>7</sup>.

Johnson & Flach<sup>8</sup>, estudando pacientes com Bulimia, encontraram famílias que não incentivam comportamentos independentes e assertivos, que dão pouca ênfase à expressão dos sentimentos e que apresentam alto nível de conflito entre seus membros.

Cole-Detke & Kobak<sup>9</sup> afirmam que mulheres com TAs tentam controlar seus mundos através de seu comportamento alimentar. Escolhem esse tipo de conduta porque não possuem a habilidade de examinar seus próprios estados psicológicos, focando-se no próprio corpo. Com isso, deslocam sua atenção para longe dos problemas associados a seus relacionamentos, dirigindo-a para um objetivo mais externo e atingível, que é mudar seu corpo.

Um dos meios de avaliar a qualidade da relação pais e filhos é a observação do padrão de comportamento dos pais, mostrando-se, em estudos de seguimento, mais importante do que a observação do comportamento da criança<sup>10</sup>. Com esse objetivo, Parker *et al.*<sup>11</sup>, em 1979, desenvolveram o Instrumento de Vínculo Parental [*Parental Bonding Instrument (PBI)*], que analisa qualidades parentais consideradas importantes para o desenvolvimento normal, através de duas escalas: a primeira, de cuidado, e a segunda, de superproteção, as quais podem ser analisadas em conjunto ou separadamente. Adicionalmente, pode classificar os pais em quatro estilos de funcionamento parental: Ótimo, Controle com Afeto, Controle sem Afeto e Negligente (*Optimal Parenting*,

*Affectionate Constraint, Affectionless Control, Neglectful Parenting*). Ótimos pais seriam cuidadosos, afetivos e pouco controladores.

Desde então, o PBI tem sido usado em muitas pesquisas, várias delas mostrando que a falta de cuidado, especialmente quando associada a excesso de controle (Controle sem Afeto), está relacionada com psicopatologias na vida adulta, como depressão, ansiedade, suicídio, transtornos de personalidade, entre outras.<sup>12,13,14</sup>

Em relação aos Transtornos Alimentares, a maioria dos estudos que utilizam o PBI, mostram piores escores de cuidado e/ou proteção em relação aos pais das pacientes do que em relação aos pais dos controles, apresentando, no entanto, algumas diferenças entre eles, como será visto a seguir.

Calam e Slade<sup>15</sup> & Haudek<sup>16</sup> *et al.* aplicaram o PBI em populações não clínicas. A primeira pesquisa encontrou que pouco cuidado e muita proteção parental estavam relacionados a atitudes alimentares anormais. O segundo trabalho, estudando uma população de mulheres americanas de origens caucasiana e asiática, verificou que a percepção de pouco cuidado por parte da mãe, independentemente da etnicidade, correlacionava-se com uma alta freqüência de TAs: quanto menos cuidadosa a mãe mais altos os escores no *Eating Disorder Examination* (EDE) e no *Eating Disorder Inventory* (EDI).

Vários outros trabalhos, em diferentes países, estudaram o funcionamento parental, através do uso do PBI, em populações de pacientes com TAs e controles. Alguns desses estudos analisaram as pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa como um grupo único. Calam & Waller<sup>17</sup>, na Inglaterra, verificaram que as pacientes lembravam ambos os pais como menos cuidadosos e apenas o pai como mais protetor do que os controles. Steiger *et al.*<sup>18</sup>



encontraram escores mais baixos de cuidado paterno no grupo das pacientes em relação aos controles, e Rhodes & Kroeger<sup>19</sup>, na Nova Zelândia, escores mais baixos de cuidado materno e mais altos de proteção materna. Esses autores também identificaram os estilos de funcionamento parental e verificaram que, tanto em relação às mães como aos pais das pacientes, o estilo predominante foi o Controle sem Afeto (45% e 35%, respectivamente), sendo que, no grupo-controle predominou o estilo “Ótimo” para ambos os genitores.

Algumas pesquisas estudaram os TAs, separando-os em Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Di Pentima *et al.*<sup>20</sup>, na Itália, estudaram as pacientes com Anorexia, sub-dividindo-as em quatro grupos; com Anorexia Nervosa tipo restritiva (ANr), com Anorexia Nervosa tipo compulsão periódica/purgativo (ANc/p), pacientes com Doença de Crohn ou Doença Celíaca e grupo com estudantes. Para o primeiro grupo (ANr), o PBI dos pais foi ótimo (altos escores de cuidado e baixos de proteção), mas, para o segundo grupo (ANc/p), foi inadequado: os pais tiveram baixos escores de cuidado e altos de proteção, e as mães, baixos escores de cuidado. Russel *et al.*<sup>21</sup>, na Austrália, aplicaram o PBI a três grupos de adolescentes: pacientes com Anorexia Nervosa, controles normais e pacientes encaminhados ao serviço de psiquiatria, porém sem sintomas de Anorexia. Verificaram que as pacientes com Anorexia lembraram suas mães e seus pais como mais cuidadosos e menos protetores do que as pacientes sem Anorexia. As pacientes com Anorexia recordaram suas mães e seus pais de forma semelhante ao grupo controle não-clínico tanto na escala de cuidado como na de proteção.

Steiger *et al.*<sup>18</sup>, no Canadá, não encontraram diferenças significativas entre os escores do PBI das pacientes com Anorexia e Bulimia. Ambas, quando comparadas com controles, lembravam o pai como menos cuidadoso.

Gómez<sup>22</sup>, na Inglaterra, comparou 10 pacientes com Anorexia, 20 com Bulimia, com 20 controles. Os escores no PBI mostraram que as pacientes com Anorexia lembravam suas mães significativamente como menos cuidadosas e mais protetoras do que os controles, não havendo diferença significativa em relação aos pais. As pacientes com Bulimia lembravam o pai como menos cuidadoso do que os controles .

Fitcher & Quadflieg<sup>23</sup>, na Alemanha, fizeram um estudo de seguimento de dois anos com adolescentes com Anorexia e Bulimia (n = 55). O PBI foi dado quando as pacientes eram internadas. Foi identificado o estilo de funcionamento parental Controle sem Afeto (baixo cuidado e alta proteção) no grupo das pacientes com Bulimia, principalmente em relação aos pais. No entanto, no grupo das pacientes com Anorexia, os escores do PBI não diferiram dos escores de adolescentes normais, o que os autores interpretaram como uma possível tendência dessas pacientes a idealizarem o clima familiar e seus pais, como já evidenciado por outros autores.

Leung *et al.*<sup>24</sup>, no Reino Unido, estudaram a relação entre crenças centrais e vínculo parental, em um grupo de 30 pacientes com Anorexia, 27 com Bulimia e 23 controles. Na escala de cuidado, tanto as mães como os pais do grupo das pacientes com Anorexia, como os do grupo das com Bulimia apresentaram escores mais baixos do que os do grupo-controle. Na escala de proteção, as mães das pacientes com Anorexia e as das pacientes com Bulimia apresentaram escores mais altos de proteção do que aquelas do grupo-controle.

Em relação aos pais, no grupo das pacientes com Bulimia, estes foram vistos como mais protetores do que no grupo das pacientes com Anorexia e no grupo-controle.

Pole *et al.*<sup>25</sup>, nos EUA, estudaram um grupo de 56 pacientes com Bulimia e o compararam com 30 controles. As pacientes perceberam suas mães como significativamente menos cuidadosas que os controles. Os autores agregaram os escores maternos e os paternos e verificaram que 75% das pacientes com Bulimia experienciaram pouco cuidado em comparação a 47% dos controles. Em relação ao estilo de funcionamento parental, as pacientes com Bulimia tiveram apenas 5% do Ótimo, comparando-se com 44% nos controles.

Esta pesquisa visa avaliar, através do PBI, se o funcionamento parental referido por pacientes atendidas em um programa de TAs de um Hospital Geral Universitário brasileiro apresenta piores escores de funcionamento do que o referido por um grupo-controle com estudantes normais. Na literatura mundial pesquisada, não foi encontrado nenhum estudo que tenha utilizado o PBI em pacientes com TAs no Brasil.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Foram incluídas na pesquisa 24 pacientes do sexo feminino, atendidas, nos últimos dois anos no Programa de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os critérios de inclusão foram a presença de Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Transtorno Alimentar não especificado, ser do sexo feminino, residir em Porto Alegre ou em cidades próximas, ter 15 anos ou mais, e

estar com Índice de Massa Corporal (IMC) mínimo próximo a 17 . Das 26 pacientes selecionadas , uma se recusou a participar da pesquisa e outra não foi encontrada, por haver mudado de endereço). A avaliação diagnóstica foi realizada por psiquiatras, através de entrevistas clínicas (utilizando-se os critérios do DSM-IV-TR)<sup>26</sup> com a paciente e sua família. Também foi aplicado o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M I N I)<sup>27</sup>. Seis pacientes apresentavam Anorexia Nervosa restritiva, sete Anorexia Nervosa do tipo comedora compulsiva/purgativa, quatro iniciaram com Anorexia Nervosa e depois passaram a ter Bulimia Nervosa; seis, Bulimia Nervosa e uma, Transtorno da Alimentação sem outra especificação.

Os controles foram selecionados nas mesmas escolas das pacientes, pareados de acordo com idade, sexo e escolaridade. Foram incluídos 97 controles, que não apresentavam história de TAs, transtornos psiquiátricos ou repetência escolar.

### **Instrumento**

O PBI é um instrumento auto-aplicável, tipo Likert 0-3 (muito parecido, moderadamente parecido, moderadamente diferente e muito diferente), com afirmações em relação ao pai e à mãe, em que o sujeito responde quanto determinado comportamento, descrito naquela afirmação, é parecido com o comportamento dos seus pais até os seus 16 anos. Foi elaborado, em 1979<sup>11</sup>, através de análises fatoriais sucessivas, a partir de 114 itens retirados da literatura e considerados qualidades parentais importantes para o desenvolvimento normal. O PBI contém duas escalas: a primeira, de cuidado, mais consistente e claramente bipolar (medindo afeto, disponibilidade, cuidado, sensibilidade versus frieza e rejeição); a segunda, de superproteção, embora seja

designada proteção (medindo controle, intrusão versus encorajamento da autonomia). Cuidado refere-se à tendência dos pais a estarem emocionalmente disponíveis, atentos e interessados na criança. Proteção refere-se à tendência dos pais a serem manipulativos, arbitrários ou severos ao disciplinarem a criança. Ao gerarem escores de cuidado e proteção, os pais podem ser efetivamente designados para um dos quatro quadrantes de funcionamento parental: Ótimo (alto cuidado e baixa proteção) = ótima capacidade de serem pais, Controle com Afeto (alto cuidado e alta proteção) = pais afetuosos, porém controladores, “Controle sem Afeto” (baixo cuidado e alta proteção) = pais pouco afetivos e controladores e Negligente (baixo cuidado e baixa proteção) = pais pouco afetivos e pouco controladores<sup>11</sup>.

O PBI foi amplamente utilizado nas últimas décadas, tendo sido validado em outros países, sem alteração de sua construção.<sup>28,29,30</sup> Estudos com irmãos, irmãos gêmeos e outros familiares confirmaram que o PBI, além de ser confiável, mede o funcionamento parental real com razoável aproximação. Estudos de teste e reteste, um deles com 11 anos de intervalo confirmaram a estabilidade do instrumento ao longo do tempo, enquanto estudos de seguimento, inclusive com pacientes internados, demonstraram que a doença mental não influencia significativamente a percepção dos vínculos com os pais na infância.<sup>31,32,33,34,35</sup> Um artigo recente apresentou a estabilidade do PBI ao longo de 20 anos em uma população não-clínica, controlando para sintomas de depressão, neuroticismo, depressão maior ao longo da vida, gênero e eventos de vida positivos e negativos, aumentando a confiabilidade do PBI como uma medida válida e estável<sup>36</sup>. Outros dois estudos mostraram não haver efeito significativo da depressão<sup>25,37</sup>. A adaptação transcultural do PBI para o Brasil foi realizada<sup>38</sup>

utilizando-se o método proposto por Herdman *et al.*<sup>39</sup>, e a versão final foi aprovada pelo autor do instrumento original.

### **Procedimento**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA.

Antes da aplicação do PBI, foi fornecido às pacientes e aos controles um “consentimento informado”, explicando tratar-se de uma pesquisa na qual seriam usados questionários auto-respondidos, que investigariam lembranças em relação à sua vida pessoal e familiar, garantindo-se sigilo e anonimato.

As pacientes foram informadas de que a pesquisa também seria realizada nas suas escolas e de que a não participação na mesma não comprometeria o tratamento. As participantes (pacientes e controles) menores de 18 anos precisaram ter o consentimento dos pais.

Não foi oferecida remuneração pela participação.

### **Análise Estatística**

A Análise foi realizada utilizando-se o SSPS 12.0.

As variáveis contínuas foram comparadas através do teste T de Student p/ amostras independentes, além do cálculo da diferença de médias com o respectivo intervalo de confiança (IC) de 95% e tamanho de efeito padronizado. As variáveis categóricas foram comparadas através do teste qui-quadrado de Pearson, com análise dos resíduos ajustados. O nível de significância foi de 0,05.

Para a designação dos pais nos quatro estilos de funcionamento parental foram utilizados como ponto de corte (*cut-offs*) as médias apresentadas

pelos controles (com autorização do autor do PBI), devido ao fato de o instrumento apresentar sensibilidade cultural<sup>40</sup>.

Para o controle de confundimento da variável idade, entre os grupos, foi utilizada a regressão linear múltipla.

## **RESULTADOS**

Os dados demográficos dos casos e controles( idade, escolaridade e renda familiar) estão apresentados na Tabela 1.

Os escores de cuidado da mãe e do pai foram significativamente inferiores no grupo das pacientes em relação ao grupo controle ( $p = 0,015$  e  $p = 0,031$ , respectivamente). Os escores de proteção materna foram significativamente maiores no grupo das pacientes ( $p = 0,028$ ) (Tabela 2).

O estilo de funcionamento parental predominante, tanto para as mães quanto para os pais no grupo das pacientes, foi o Controle sem Afeto (54% e 34,8%, respectivamente), e o estilo predominante no grupo-controle, para ambos os pais, foi o Ótimo (40,9% e 34,4%). Nas mães, esses predomínios foram estatisticamente significativos ( $p = 0,008$ ), confirmados pela análise de resíduos ajustados. No entanto, em relação aos pais, essas diferenças não foram significativas ( $p = 0,267$ ) (Tabela 3).

Mesmo controlando-se para confundimento a variável idade, através da regressão linear múltipla, não houve alteração nos resultados encontrados. As diferenças entre casos e controles permaneceram significativas para cuidado materno(  $p=0,004$ ), cuidado paterno( $p=0,037$ ) e proteção materna( $p=0,008$ ), e não significativas para a variável proteção paterna( 0,979).

Algumas adolescentes não puderam completar as duas escalas, variando levemente o número de sujeitos nas análises (Tabelas 2 e 3).

## **DISCUSSÃO**

Esta pesquisa evidencia que o funcionamento parental referido pelas pacientes com Transtornos Alimentares da amostra estudada durante seus 16 primeiros anos de vida, apresentaram piores escores de funcionamento do que os referidos por controles normais. Tanto na escala de cuidado como na de proteção, houve diferença estatisticamente significativa. Em relação às mães, essa diferença ocorreu nas duas escalas. As mães das pacientes com TAs foram lembradas como menos cuidadosas e mais protetoras do que as mães dos controles. Já em relação aos pais, a diferença somente ocorreu na escala de cuidado. Os pais das pacientes foram recordados como menos cuidadosos do que os pais dos controles.

Quanto aos estilos de funcionamento parental classificados conforme os quadrantes citados anteriormente neste estudo, constatou-se haver uma diferença estatisticamente significativa em relação às mães. No grupo das pacientes houve predomínio do estilo Controle sem Afeto e, no grupo controle, predomínio do estilo Ótimo.

As pacientes desta pesquisa referiram, através do PBI, ter tido, na infância, pais e mães emocionalmente mais frios, indiferentes e mais rejeitadores, em comparação ao grupo-controle. Também recordaram ter tido mais intrusão, infantilização e menos incentivo à autonomia por parte de suas mães.

Este estudo confirma as observações de Bowlby<sup>1,2</sup> de que pais que não fossem afetivos ou responsivos às necessidades da criança e que não a



estimulassem a ter autonomia poderiam predispor ao desenvolvimento de uma criança não saudável. Confirma também os estudos de Minuchin<sup>5</sup>, Palazzoli<sup>3,4</sup> e Bruch<sup>6,7</sup>, que afirmaram serem as famílias de pacientes com TAs disfuncionais, pouco sintonizadas com as necessidades dos filhos, não promotoras de autonomia nos mesmos, e as observações dos dois últimos que ressaltam a importância do papel das mães no desenvolvimento dos TAs, devido à falta de empatia, intrusividade e superproteção.

Comparando-se com estudos que usaram o PBI, esta pesquisa confirma os resultados que mostram a associação do estilo de funcionamento parental “Controle sem Afeto” com psicopatologia na vida adulta<sup>12,13,14</sup>

Em relação às pesquisas sobre PBI e TAs, a única cujos resultados das duas escalas (cuidado e proteção), tanto em relação à mãe como ao pai, assemelham-se ao presente estudo, é a de Leung *et al.*<sup>24</sup>, em relação ao seu grupo de pacientes com Anorexia.

Em relação aos outros estudos, há semelhanças e diferenças, o que também se observa em relação à maioria dos outros estudos entre si. Na escala de cuidado, em relação às mães, os resultados são os mesmos que os de Yamaguchi *et al.*<sup>41</sup>, Calam *et al.*<sup>17</sup>, Rhodes<sup>19</sup>, Di Pentima<sup>20</sup> (comparando com o grupo de Anorexia do tipo comedora compulsiva/purgativa), Pole<sup>25</sup> (grupo de pacientes com Bulimia) e Gómez<sup>22</sup> (comparando com o grupo com Anorexia). Na escala de cuidado paterno, os achados assemelham-se aos de Steiger<sup>18</sup> e de Di Pentima<sup>20</sup> (em relação aos grupo de Anorexia B/P), Gómez<sup>22</sup> (pacientes com Bulimia), Fitcher<sup>23</sup> (pacientes com Bulimia), Leung *et al.*<sup>24</sup> e Calam *et al.*<sup>17</sup>. Em relação à escala de proteção, no grupo materno, há semelhanças com os resultados de Rhodes<sup>19</sup>, de Gómez<sup>22</sup> (grupo de Anorexia) e de Leung *et al.*<sup>24</sup>. No

grupo paterno, com os estudos de Calam *et al.*<sup>17</sup>, Yamaguchi *et al.*<sup>41</sup>, Steiger<sup>18</sup>, Rhodes<sup>19</sup>, Gómez<sup>22</sup> e Leung *et al.*<sup>24</sup> (grupo de Anorexia). Comparando-se os resultados quanto aos estilos de funcionamento parental, os achados parecem-se aos de Rhodes<sup>19</sup>, ambos os estudos mostrando predomínio do estilo Ótimo no grupo controle e predomínio do estilo “Controle sem Afeto” no grupo das pacientes.

Fica a dúvida de se as diferenças encontradas devem-se realmente a heterogeneidade dos vínculos parentais das pacientes com TAs ou a diferenças metodológicas. Na maioria dos estudos citados, não fica claro se foram excluídos controles com outros transtornos psiquiátricos, o que poderia confundir os resultados, visto que outras patologias psiquiátricas, conforme mostra a literatura, também estão relacionadas com escores disfuncionais no PBI. Também pode ter havido diferenças em relação à divisão dos pacientes nos subgrupos, dependendo do momento da doença em que isso foi realizado, uma vez que vários pacientes que iniciam com um quadro de Anorexia passam, com o tempo, a ter Bulimia e deixam de ter a patologia inicial<sup>23,26</sup>.

Talvez outras variáveis possam estar implicadas nos resultados, como duração, gravidade do transtorno e tempo de tratamento, visto que, no estudo de Bulik *et al.*<sup>42</sup> sobre Anorexia, os menores escores de cuidado materno e paterno aparecem no grupo cronicamente doente. Do mesmo modo Yamaguchi *et al.*<sup>41</sup>, pesquisando pacientes com TAs, mostraram haver maior relato de superproteção no grupo com tentativas de suicídio. Outro critério que deveria ser melhor estudado é a influência da idade precoce no entendimento do PBI, ou seja, pacientes com menos de 15 anos poderiam fazer *state responses* e seus escores refletirem comportamentos atuais ou recentes dos pais, distorcendo, assim, o

objetivo geral do PBI que é obter uma estimativa geral do funcionamento parental ao longo do tempo.

No entanto, é importante ressaltar-se que, apesar da heterogeneidade dos resultados nos trabalhos, estes foram unânimes em mostrar disfunção no funcionamento parental, com exceção de alguns estudos sobre Anorexia, em que os próprios autores interpretam os resultados como muito questionáveis, provavelmente sendo estes uma consequência do funcionamento característico dessas pacientes, de não revelarem problemas e conflitos familiares.<sup>20,21,23</sup>

As limitações desta pesquisa foram o número de pacientes, o que impossibilitou a análise dos Transtornos Alimentares em subgrupos, e a ausência de controle para as possíveis variáveis de confundimento como a influência da duração, da gravidade da doença e do tempo de tratamento.

Concluindo, este estudo mostra que as mães e os pais das pacientes com TAs foram lembrados pelas pacientes, durante seus 16 primeiros anos, como menos cuidadosos, e as mães, além disso, como mais protetoras.

Esses achados corroboram a hipótese de que o funcionamento familiar seria um dos fatores predisponentes à gênese e manutenção dos Transtornos Alimentares, patologias que apresentam uma etiologia ainda não bem entendida.

Esses resultados também reforçam estudos anteriores que preconizam a inclusão da família no processo terapêutico dos Transtornos Alimentares.<sup>43,44,45</sup> Torna-se prioritário identificar, dentro do ambiente familiar, as falhas que podem estar contribuindo para a manutenção da doença e que podem também vir a predispor outros familiares a desenvolverem esses transtornos.

**Tabela 1- Características demográficas segundo os grupos estudados**

	Pacientes (n = 24)	Controles (n = 97)	P*
Idade	18,3 ± 1,9	18,8 ± 2,8	0,265 <sup>#</sup>
Escolaridade (anos de estudo)	10,7 ± 1,5	11,0 ± 1,4	0,330 <sup>#</sup>
Renda familiar (R\$)-salários mínimos	6,8 (3,1;10,5)	6,6 (3,5;13,3)	0,536 <sup>∇</sup>

<sup>#</sup> Valores apresentados em média ± desvio-padrão, teste t de Student para amostras independentes

<sup>∇</sup> Valores apresentados em mediana (percentis 25 e 75), teste U de Mann-Whitney

**Tabela 2 - Escores do instrumento de vínculo parental, segundo os grupos estudados**

	Pacientes		Controles		Diferença entre médias (IC 95%)	P*	Tamanho padronizado de efeito
	n	Média ± Desvio Padrão	n	Média ± Desvio Padrão			
Cuidado materno	24	23,7 ± 9,1	97	28,8 ± 6,8	-5,1 (-9,2 ; -1,1)	0,015	0,706
Proteção materna	24	19,8 ± 8,2	96	15,9 ± 7,5	3,9 (0,4 ; 7,4)	0,028	0,508
Cuidado paterno	23	19,48 ± 11,6	93	25,3 ± 8,6	-5,8 (-11,1 ; -0,6)	0,031	0,632
Proteção paterna	23	13,7 ± 8,5	91	13,6 ± 7,9	0,1 (-3,7 ; 3,8)	0,971	0,009

• Teste t de Student para amostras independentes

**Tabela 3 – Estilos de funcionamento parental (PBI) de acordo com os grupos estudados.**

Estilo de funcionamento parental	Materno		Paterno	
	Pacientes	Controles	Pacientes	Controles
Ótimo	3 (12,5) <i>-2,6</i>	38 (40,9) <i>2,6</i>	6 (26,1) <i>-0,8</i>	31 (34,4) <i>0,8</i>
Controle com Afeto	5 (20,8) <i>-0,4</i>	23 (24,7) <i>0,4</i>	2 (8,7) <i>-1,5</i>	20 (22,2) <i>1,5</i>
Controle sem Afeto	13 (54,2) <i>3,2</i>	20 (21,5) <i>-3,2</i>	8 (34,8) <i>1,1</i>	21 (23,3) <i>-1,1</i>
Negligente	3 (12,5) <i>-0,1</i>	12 (12,9) <i>0,1</i>	7 (30,4) <i>1,1</i>	18 (20,0) <i>-1,1</i>
Valor P*	0,008		0,267	

Valores apresentados em freqüências absolutas e relativas. Em itálico estão os resíduos ajustados.

\* Teste qui-quadrado de Pearson

## REFERÊNCIAS

1. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol.2 Separation. New York. Basic Books,1973.
2. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. Br J Psychiatry 1977;130:201-210.
3. Palazzoli MS. L' Anoressia Mentale. Milão. Feltrinelli,1963.
4. Palazzoli MS, Cirillo S. Muchachas anoréxicas y bulímicas. Buenos Aires: Paidós; 1999.
5. Minuchin S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
6. Bruch H. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books; 1973.
7. Bruch H. Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. Can J Psychiatry 1981;26:212-217.
8. Johnson C, Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. Am J Psychiatry 1985;142:1321-1324.
9. Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. J Consult Clin Psychol 1996;64:282-290.
10. Stroufe LA. Attachment classification from the perspective of infant caregiver relationships and infant temperament. Child Dev 1985;56:1-14.
11. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. Br J Med Psychol 1979;52:1-10.

12. Adam KS, Keller A, West M, Larose S, Goszer LB. Parental representation in suicidal adolescents: a controlled study. *Aust N Z J Psychiatry* 1994;28:418-425.
13. Parker G, Roy K, Mittchel P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* 1999;13:361-374.
14. Silove D, Parker G, Hadzi-Pavlovici D, Manicavagar V, Blaszczynski A. Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1991;159:835-841.
15. Calam R, Slade P. Eating problems and sexual experience. Some relationships. *Br Rev Bulimia Anorexia Nervosa* 1987;2:37-43.
16. Haudek C, Rorty M, Henker B. The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian- American and Caucasian college women. *Int J Eat Disord* 1999;25:425-433.
17. Calam R, Waller G, Slade PD, Newton T. Eating disorders and perceived relationships with parents. *Int J Eat Disorders* 1990;9:479-485.
18. Steiger H, Van der Feen J Goldstein C, Leichner P. Defense Styles and Parental Bonding in Eating-Disordered Women. *Int J Eat Disord* 1989;8:131-140.
19. Rhodes B, Kroeger J. Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry Hum Dev* 1992;22:249-263.
20. Di Pentima L, Magnani M, Tortolani D, Montecchi F, Ardovini C, Caputo G. Use of the Parental Bonding Instrument to compare interpretations of the parental bond by adolescent girls with restricting and binge/ purging anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 1988;3:25-31.

21. Russell JD, Kopec-Schrader E, Rey JM, Beumont PJ. The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:236-239.
22. Gómez J. Learning to drink: The influence of impaired psychosexual development. *J Psychosom Res* 1984;28:403-410.
23. Fichter MM, Quadflieg N. Course and two-year outcome in anorexic and bulimic adolescents. *J Youth Adolesc* 1996;25:545-562.
24. Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol* 2000;39:205-213.
25. Pole R, Waller DA, Stewart SM, Parkin-Feigenbaum L. Parental caring versus overprotection in bulimia. *Int J Eat Disord* 1988;7:601-606.
26. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR. 4a ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
27. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22:106-115.
28. Gómez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, Leal C. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:252-255.
29. Kitamura T, Suzuki T. A study validation of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993;47:29-36.
30. Qadir F, Stewart R, Khan M, Prince M. The validity of the Parental Bonding Instrument as a measure of maternal bonding among young Pakistani women *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:276-282



31. Mackinnon AJ, Henderson AS, Andrews G. The Parental Bonding Instrument: a measure of perceived or actual parental behavior? *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:153-159.
32. Mackinnon AJ, Henderson AS, Scott R, Duncan-Jones P. The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychol Med* 1989;19:1023-1034.
33. Parker G. Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:22-27.
34. Parker G. The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatri Dev* 1989;7:317-335.
35. Lizardi H; Klein DN. Long-term stability of parental representations in depressed outpatients utilizing the Parental Bonding Instrument. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:183-188
36. Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med* 2005;35:387-393.
37. Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI, Whiffen VE. Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry* 1988;152:24-27.
38. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument. *Rev Psiquiatria RS*. Aceito para publicação 2006.
39. Herdman M, Fox-Rushhby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998;7:323-335.
40. Parker G, Lipscombe P. Parental characteristics of Jews and Greeks in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1979;13:225-229.

41. Yamaguchi N, Kobayashi J, Tachikawa H, Sato S, Hori M, Suzuki T, et al. Parental representation in eating disorder patients with suicide. *J Psychosom Res* 2000;49:131-136.
42. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *Int J Eat Disord* 2000;28:139-147.
43. Herscovici CR, Bay L. Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
44. Russel GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia Nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
45. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Skand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolescent* 1999;38:1482-9.

## **7 ANEXOS**

## ANEXO I

**PROTOCOLO N.....**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Projeto de Pesquisa: A RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE OS DIFERENTES  
 PADRÕES DE APEGO E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

**1. Termo de Consentimento de Participação:**

Eu, ..... de nacionalidade ..... residente em  
 ....., abaixo assinado, concordo em participar livre e de  
 espontânea vontade desta pesquisa que tem como objetivo o estudo das  
 relações de apego durante a infância e vida pregressa, com os transtornos  
 alimentares. Estou ciente de tratar-se de questionários , auto-respondidos. Me  
 foi explicado de que serão feitas algumas perguntas sobre minha vida passada  
 e atual. Foi me assegurado pelos autores a garantia do anonimato e  
 confidencialidade das informações. Também me foi informado de que a  
 equipe deverá aplicar os mesmos questionários na escola, faculdade ou curso  
 que a paciente esteja cursando, garantindo-se absoluto sigilo sobre o fato de a  
 paciente estar em tratamento. A não concordância em participar da pesquisa  
 não acarretará nenhuma mudança no atendimento da paciente.

Porto Alegre, .... de ..... de 2005.

.....  
 .....  
 Assinatura do voluntário

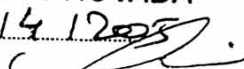
.....  
 .....  
 Assinatura dos responsáveis

.....  
 Entrevistador

.....  
 Pesquisador responsável

CCPA / GPPG  
 VERSÃO APROVADA

8.14.1205



08 ABR 2005

02.159

## ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Projeto de Pesquisa: A RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE OS DIFERENTES  
PADRÕES DE APEGO E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

**Termo de Consentimento de Participação:**

Eu, ..... de nacionalidade ..... residente em  
....., abaixo assinado, concordo em participar livre e de  
espontânea vontade desta pesquisa que tem como objetivo o estudo das  
relações de apego durante a infância e vida pregressa. Estou ciente de tratar-se  
de questionários auto-respondidos. Me foi explicado de que serão feitas  
algumas perguntas sobre minha vida passada e atual. Foi me assegurada pelos  
autores a garantia do anonimato e confidencialidade das informações.

Porto Alegre, .... de ..... de 2005.

.....  
.....  
Assinatura do voluntário

.....  
Entrevistador

.....  
.....  
Assinatura dos responsáveis

.....  
Pesquisador responsável

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA

9/9/2005

GPPG Recebido

09 SET 2005

Por Matéria nº

02-159

## ANEXO III

**PARENTAL BONDING INSTRUMENT (Pai)\***

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos seus pais. Você deverá colocar uma marca no parêntese mais apropriado de cada questão, pensando na forma que você lembra seu pai, até a idade dos seus 16 anos.

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	( )	( )	( )	( )
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	( )	( )	( )	( )
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	( )	( )	( )	( )
4. Parecia emocionalmente frio comigo	( )	( )	( )	( )
5. Parecia entender meus problemas e preocupações	( )	( )	( )	( )
6. Era carinhoso comigo	( )	( )	( )	( )
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	( )	( )	( )	( )
8. Não queria que eu crescesse	( )	( )	( )	( )
9. Tentava controlar tudo que eu fazia	( )	( )	( )	( )
10. Invadia minha privacidade	( )	( )	( )	( )
11. Gostava de conversar comigo	( )	( )	( )	( )
12. Frequentemente sorria para mim	( )	( )	( )	( )
13. Tendia a me tratar como bebê	( )	( )	( )	( )
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	( )	( )	( )	( )
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo(a)	( )	( )	( )	( )
16. Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	( )	( )	( )	( )
17. Conseguia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	( )	( )	( )	( )
18. Não conversava muito comigo	( )	( )	( )	( )
19. Tentava me fazer ficar dependente dele	( )	( )	( )	( )
20. Ele sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo(a), a menos que ele estivesse por perto	( )	( )	( )	( )
21. Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	( )	( )	( )	( )
22. Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	( )	( )	( )	( )
23. Era superprotetor comigo	( )	( )	( )	( )
24. Não me elogiava	( )	( )	( )	( )
25. Deixava que eu me vestisse como quisesse	( )	( )	( )	( )

## ANEXO IV

**PARENTAL BONDING INSTRUMENT (Mãe)**

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos seus pais. Você deverá colocar uma marca no parêntese mais apropriado de cada questão, pensando na forma que você lembra sua mãe, até a idade dos seus 16 anos.

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	( )	( )	( )	( )
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	( )	( )	( )	( )
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	( )	( )	( )	( )
4. Parecia emocionalmente fria comigo	( )	( )	( )	( )
5. Parecia entender meus problemas e preocupações	( )	( )	( )	( )
6. Era carinhosa comigo	( )	( )	( )	( )
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	( )	( )	( )	( )
8. Não queria que eu crescesse	( )	( )	( )	( )
9. Tentava controlar tudo que eu fazia	( )	( )	( )	( )
10. Invadia minha privacidade	( )	( )	( )	( )
11. Gostava de conversar comigo	( )	( )	( )	( )
12. Frequentemente sorria para mim	( )	( )	( )	( )
13. Tendia a me tratar como bebê	( )	( )	( )	( )
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	( )	( )	( )	( )
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo(a)	( )	( )	( )	( )
16. Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	( )	( )	( )	( )
17. Conseguia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado(a)	( )	( )	( )	( )
18. Não conversava muito comigo	( )	( )	( )	( )
19. Tentava me fazer ficar dependente dela	( )	( )	( )	( )
20. Ela sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela estivesse por perto	( )	( )	( )	( )
21. Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	( )	( )	( )	( )
22. Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	( )	( )	( )	( )
23. Era superprotetora comigo	( )	( )	( )	( )
24. Não me elogiava	( )	( )	( )	( )
25. Deixava que eu me vestisse como quisesse	( )	( )	( )	( )

**ANEXO V****Protocolo**

Sexo: M( ) F( )

Idade: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Escola atual: \_\_\_\_\_

Reprovação escolar: S( ) N( )

Ano e série de reprovação: \_\_\_\_\_

Já fez ou faz atendimento psicológico ou psiquiátrico? S( ) N( )

Se sim, por quê? \_\_\_\_\_

Você tem ou teve algum problema psicológico? S( ) N( )

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Você se sente feliz com o seu peso? S( ) N( )

Se não, por

quê? \_\_\_\_\_

Já teve ou tem problemas com comida? S( ) N( )

Se sim, que tipo de problema? \_\_\_\_\_

Você já teve ou tem problemas com drogas? S( ) N( )

Se sim, qual? \_\_\_\_\_



## ANEXO VI

## AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

.PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

## PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO:

**I – Dados de identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Estuda  Sim  Não  Concluído  InterrompeuSe interrompeu, porquê?  
\_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Escola Atual: \_\_\_\_\_

Troca de Escola(s):  Não  Sim

Por que? \_\_\_\_\_

Nº de Trocas: \_\_\_\_\_ Reprovação escolar:  Não  Sim

Ano e série: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Atividades extra-escolares:  Não  Sim

Quais? \_\_\_\_\_

Trabalha?  Não  Sim Atividade profissional: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

Local e endereço de trabalho: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Solteira  Separada  Namorado Vive com companheiro  Casada  Viúva

Religião: \_\_\_\_\_

**II – Se casada, dados de identificação do cônjuge (mesmo quando separado):**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nível de instrução: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Local e endereço de trabalho: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

### III – Dados de identificação dos pais:

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Nível de instrução: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Local e endereço de trabalho: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Nível de instrução: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Local e endereço de trabalho: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

### IV – Situação familiar atual:

Há separação ou divórcio na família? ( ) Não ( ) Sim

De quem? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Tem apoio dos avós paternos? \_\_\_\_\_

Tem apoio dos avós maternos? \_\_\_\_\_

E de outros familiares? (especifique): \_\_\_\_\_

Quem pediu que você viesse para atendimento? \_\_\_\_\_

Qual você julga ser o principal problema que a traz aqui? \_\_\_\_\_

Outras informações que julgar necessárias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### V – Quem mora na casa:

Nome	Idade	Sexo	Profissão
Parentesco			

Os problemas da paciente começaram ou coincidiram com algum fato positivo ou negativo de sua vida pessoal?

- (1)morte de pessoa próxima
- (2)saída de casa
- (3)doença ou acidente
- (4)problemas na escola
- (5)problemas no trabalho
- (6)dificuldades sexuais
- (7)doença ou acidente de familiares
- (8)problemas amorosos
- (9)problemas familiares
- (10)preocupações com a aparência pessoal
- (11)após período de dieta
- (12)casamento
- (13)gravidez
- (14)mudança de emprego
- (15)outros \_\_\_\_\_

#### VI – História da doença atual:

Quem lhe encaminhou para tratamento?

- (1)veio espontaneamente
- (2)médico psiquiatra
- (3)outro médico – especialidade: \_\_\_\_\_
- (4)familiar – quem? \_\_\_\_\_
- (5)outro: \_\_\_\_\_

Principais sintomas:

---



---



---



---

Está envolvida em alguma profissão que requeira manutenção de um certo peso? ( ) Não ( ) Sim

Explicar: \_\_\_\_\_

Há casos de abuso físico ou sexual na família? Descrever.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Há história de doença psiquiátrica pessoal no passado?

Qual a doença? \_\_\_\_\_

Medicações? Quais? \_\_\_\_\_

Outros tratamentos? Quais? \_\_\_\_\_

Doença psiquiátrica na família? (1)sim (2)não

Qual? \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA DO PESO

Peso atual: \_\_\_\_\_

Altura atual: \_\_\_\_\_

Peso desejado: \_\_\_\_\_

Peso máximo: \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_\_ anos

Peso mínimo: \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_\_ anos

Infância: Como você percebia seu peso entre 6 e 12 anos?

(1) muito magro(a)

(2) magro(a)

(3) normal

(4) um pouco gordo(a)

(5) muito gordo(a)

Você era incomodado(a) por outras pessoas a respeito do seu peso?

(1)sim, por ser gordo(a)

(2)sim, por ser magro(a)

(3)não

Havia alguém na sua família que você julgava muito gordo(a) e temia parecer igual? (1)pai (2)mãe (3)outros \_\_\_\_\_

Você está satisfeito(a) com seu corpo atual? (1)sim (2)não  
Por quê? Que parte do corpo mais o(a) insatisfaz?

Como seu corpo, ou a imagem que você tem dele, interfere em seu comportamento social?

- (1)diminui o relacionamento social
- (2)evita certas roupas que colocam o corpo em evidência
- (3)evita ir a certos lugares (praia, piscina)
- (4)evita mostrar o corpo na vida sexual

Quanto gorda você se sente?

- (1)extremamente
- (2)muito
- (3)um pouco
- (4) nem um pouco

Com que frequência você se pesa?

- (1)mais de 1 vez ao dia
- (2)uma vez ao dia
- (3)mais de uma vez por semana
- (4)semanalmente
- (5)mensalmente ou menos

#### DIETAS E COMPORTAMENTO DIRECIONADO PARA A PERDA DE PESO

Já fez dieta alguma vez? (1)sim (2)não

Com que idade começou? \_\_\_\_\_

Já procurou médicos para fazer dieta?(1)sim (2)não

Que tipos de dieta já usou? \_\_\_\_\_

Já usou moderador de apetite? Quais, em que dose e desde quando? \_\_\_\_\_

Já usou laxantes? Quais, em que dose e desde quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diuréticos? Quais, em que dose, desde quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hormônios? Quais, em que dose, desde quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fórmulas? Quais, em que dose, desde quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quem já o encorajou ou encoraja para fazer dieta?

(1)mãe

(2)pai

(3)irmão ou irmã

(4)namorado(a)

(5)colegas de trabalho

(6)médico

(7)professor

(8)outros: \_\_\_\_\_

Você utiliza exercício físico para perder peso?

Qual (is)? \_\_\_\_\_

Quanto tempo por dia? \_\_\_\_\_

Você já teve um desejo incontrolável de comer grande quantidade?-

Com que idade começou? \_\_\_\_\_

Como você se sente antes disso acontecer?

(1)calma (2)cheia (3)confusa (4)frustrada (5)excitada

(6)com raiva (7)deprimida (8)aborrecida (9)frustrada

(10)culpada (11)outros \_\_\_\_\_

Quanto tempo dura em média este episódio?

(1)menos de meia hora

(2)menos de uma hora

(3)1 a 2 horas

(4)mais de 2 horas

Numere em ordem decrescente a hora do dia em que mais ocorrem:

( )manhã

- ( )tarde
- ( )tardinha (17 às 20 horas)
- ( )noite
- ( ) a qualquer hora

Numere em ordem decrescente os lugares em que mais ocorrem:

- ( )casa
- ( )trabalho
- ( )restaurante
- ( )festas
- ( )outros \_\_\_\_\_

Numere em ordem decrescente as pessoas normalmente presentes:

- ( )pais
- ( )amigos
- ( )sozinha
- ( )cônjuge
- ( )irmão ou irmã
- ( )outros \_\_\_\_\_

Com que frequência teve episódios de voracidade na última semana? \_\_\_\_\_

Quais as situações que ajudam a não ter estes episódios?

- (1)começar dieta
- (2)começar a fazer exercícios
- (3)começar a trabalhar
- (4)começar relação afetiva
- (5)estar fisicamente doente
- (6)sair de casa
- (7)falta de alguém em casa
- (8)fazer dieta equilibrada
- (9)estar em atividade que dá prazer \_\_\_\_\_
- (10)férias
- (11)gravidez
- (12)outros \_\_\_\_\_

Alguma vez você cuspiu a comida ou vomitou após se alimentar?

- (1)sim
- (2)não

Com que idade isto aconteceu pela primeira vez? \_\_\_\_\_

Você só vomita quando ocorrem os episódios de voracidade?

- (1)sim
- (2)não

Quanto tempo após comer você induz o vômito? \_\_\_\_\_

Com que frequência vomitou na última semana?

- (1)nenhuma (2)1 vez (3)diariamente (4)3-5 vezes ao dia  
 (5)5-10 vezes ao dia (6)mais de 10 vezes ao dia

Como se sente antes de vomitar?

- (1)calma (2)cheia (3)culpada (4)ansiosa  
 (5)agitada (6)com raiva (7)deprimida (8)frustrada  
 (9)outros \_\_\_\_\_

Como se sente depois de vomitar?

- (1)calma (2)cheia (3)culpada (4)ansiosa (5)agitada  
 (6)com raiva (7)deprimida (8)frustrada  
 (9)outros \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA DA MENSTRUACÃO E DA VIDA SEXUAL

Já teve atividade sexual? (1)sim (2)não

Com que idade iniciou? \_\_\_\_\_

Qual a sua preferência sexual?

- (1)exclusivamente heterossexual  
 (2)primariamente heterossexual, com algumas experiências homossexuais  
 (3)bissexual  
 (4)primariamente homossexual, com algumas experiências heterossexuais  
 (5)exclusivamente homossexual  
 (6)sem interesse sexual  
 (7)prefere masturbação

Houve alteração no seu grau de interesse por sexo com o início de seus problemas alimentares? Como?

- (1)aumentou o interesse  
 (2)diminuiu o interesse

Indique o seu grau de interesse sexual antes que começassem seus problemas alimentares:

- (1)extremamente interessada  
 (2)muito interessada  
 (3)interessada  
 (4)um pouco interessada  
 (5)sem interesse

Quanto satisfatória é sua vida sexual?

- (1)muito satisfatória  
 (2)satisfatória  
 (3)pouco satisfatória  
 (4)insatisfatória

Já ficou grávida alguma vez?

- (1)não  
 (2)sim, antes do início da doença  
 (3)sim, depois do início da doença