



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação e Psicologia

Pedro Miguel Brito da Silva Dias

**Vinculação e Regulação Autonómica  
nas Perturbações Alimentares**





**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação e Psicologia

Pedro Miguel Brito da Silva Dias

**Vinculação e Regulação Autonómica  
nas Perturbações Alimentares**

Tese de Doutoramento em Psicologia  
Área de Conhecimento de Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação de  
**Professora Doutora Isabel Soares**  
**Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva**

## DECLARAÇÃO

**Nome:** PEDRO MIGUEL BRITO DA SILVA DIAS

**Endereço Electrónico:** pedrodias@iep.uminho.pt      **Telefone:** 933 260 252

**N.º do Bilhete de Identidade:** 9974305

**Título da Tese de Doutoramento:**

Vinculação e Regulação Autonómica nas Perturbações Alimentares

**Orientadores:**

Professora Doutora Isabel Soares

Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva

**Ano de conclusão:** 2007

**Ramo de Conhecimento do Doutoramento:**

Psicologia, Área do Conhecimento de Psicologia Clínica

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TESE/TRABALHO.

Universidade do Minho,    /    /

Assinatura: \_\_\_\_\_

A elaboração desta dissertação de doutoramento foi apoiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, através da bolsa de doutoramento com a referência SFRH/6944/2001. O presente estudo integra-se num projecto mais vasto, coordenado pela Professora Doutora Isabel Soares, financiado pela Fundação Bial (refs 43/96 e 25/02).

## Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Soares, agradeço todo o apoio, confiança, ensinamentos e amizade que marcaram todo o processo de desenvolvimento pessoal, científico e profissional que constituiu a realização deste trabalho. Agradeço-lhe também ter-me “apresentado” John Bowlby e a sua meta-teoria do desenvolvimento humano, em relação à qual me sinto totalmente vinculado.

Ao Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, agradeço o apoio na co-orientação desta dissertação e todos os ensinamentos que me deu no domínio da psicofisiologia.

Às participantes neste estudo, agradeço a sua disponibilidade para partilharem o seu tempo e as suas histórias de vida e sem as quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, agradeço a concessão da bolsa de doutoramento que permitiu a realização deste trabalho.

Ao Prof. Doutor João Paulo Cunha e ao Prof. Doutor Zhan-Jian Li, agradeço todo o empenho que colocaram no desenvolvimento do sistema BioDReAMS e o modo como, com amizade, se disponibilizaram para resolver os problemas técnicos que foram surgindo ao longo do trabalho.

Ao Dr. António Roma-Torres e à Dr.<sup>a</sup> Isabel Brandão, da Consulta de perturbações alimentares do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, pela prestimosa colaboração na recolha de dados e pela excelente oportunidade de formação clínica nas perturbações do comportamento alimentar ao longo dos últimos anos.

À equipa do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia, em particular ao Dr. Pedro Monteiro e à Dr.<sup>a</sup> Dulce Soeiro, por toda a ajuda prestada na recolha de dados.

À Unidade de Consulta de Perturbações Alimentares do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano, coordenada pela Prof. Doutora Sónia

Gonçalves, e à Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, pela disponibilidade demonstrada durante o final do processo de recolha de dados.

Ao colega e amigo John Klein, “companheiro de estrada” neste projecto, pela amizade e disponibilidade com que sempre me apoiou.

Aos colegas do Grupo de Estudos da Vinculação, em especial aqueles que me receberam no grupo em 1999, Dr. Armando Pinho, Dr.<sup>a</sup> Lúcia Neves e Doutora Inês Jongenelen, por me terem feito sentir bem-vindo nesta equipa de investigação.

Aos colegas que colaboraram na condução de entrevistas: Armando Pinho, Lúcia Neves, Alexandra Alves, Inês Felgueiras, Ana Isabel Pinto, Anabela Lourenço, Carla Mota, Marisa Fonseca, John Klein, Filipa Vieira, Teresa Sofia Marques, Hugo Brito e Inês Correia.

Ao vasto grupo de cotadores da *AAI* que colaboraram de forma exemplar no difícil e prolongado processo de cotação das entrevistas. Por serem tantos, agradeço a todos na pessoa da Marisa Fonseca que, qual Maestrina, tem vindo a dirigir esta orquestra sem desafinar há alguns anos.

Ao Centro de Medicina Desportiva do Porto, especialmente à Dr.<sup>a</sup> Paula Pedreira e ao Sr. Matos, por todo o apoio prestados ao longo do processo de recolha de dados.

Ao Professor Doutor José Soares e ao Dr. Eduardo Oliveira, da FCDEF-U. Porto, e aos Professores José Carlos Príncipe e Peter Lang, da Universidade da Florida, agradeço a disponibilidade e ajuda na interpretação dos dados psicofisiológicos.

À D. Madalena do Labirinto e à Dr.<sup>a</sup> Teresa Marques, pela ajuda na marcação de entrevistas, desempenhada com um elevado profissionalismo e empenho.

À Sónia e à Bárbara, pela amizade e companheirismo durante o desenvolvimento dos nossos projectos.

À Vânia, ao John, à Marisa, à Susana, à Lúcia, à Eva, à Carla e à Joana, colegas na ímpar experiência de sermos orientados de doutoramento da professora Isabel Soares, pelo excelente trabalho de equipa que temos vindo a realizar, pelo riso, pela paciência e pela amizade demonstradas.

Ao Instituto de Educação da Universidade Católica Portuguesa do Porto, agradeço a confiança e a possibilidade de dispor do tempo necessário à conclusão deste trabalho.

Aos colegas do Instituto de Educação da U. Católica, em especial ao António Fonseca, à Raquel Matos, à Lurdes Veríssimo, à Luísa Trigo, à Luísa Campos, à Bárbara César Machado, à Maria Raul Lobo Xavier, à Daniela Gonçalves e à Mariana Negrão, por constituírem uma equipa à qual vale a pena sentirmo-nos vinculados.

À D. Maria Helena Rangel-Henriques, à Dr.<sup>a</sup> Alda Gonçalves e à Dr.<sup>a</sup> Daniela Silva, pela fundamental colaboração na transcrição de entrevistas.

À Dr.<sup>a</sup> Inês Correia e à Dr.<sup>a</sup> Inês Folhadela Barbosa, agradeço a disponibilidade desinteressada, que se traduziu na ajuda à transcrição de entrevistas, introdução e tratamento de dados.

À minha mãe, irmãos e família alargada (tios, tias, primos, cunhados, sogros e sobrinhos), agradeço o incentivo para a realização deste trabalho, o carinho e o apoio nos momentos certos.

Ao meu pai, cuja memória sempre me acompanha, por ter sido um modelo de entrega aos outros, de saber estar na vida, de curiosidade intelectual e de optimismo.

À minha avó Adelina, pelas memórias de afecto especial que me deixou.

Ao Vítor, meu terceiro irmão, pela disponibilidade e resposta pronta a todos os desafios informáticos, intelectuais e pessoais que lhe coloquei durante este trabalho e à Anabela, pela ajuda preciosa na leitura e revisão deste texto.

À Susana, a minha base segura, ao João e à bebé que está a caminho, dedico este trabalho. Se é no contexto da família de origem que aprendemos os fundamentos de quem somos na relação com os outros, é na família que constituímos que damos continuidade a essa herança e procuramos crescer ainda mais. O envolvimento neste projecto foi conseguido, em grande parte, à custa de uma diminuição da disponibilidade para a família, que espero compensar no futuro.



# Vinculação e regulação autonómica nas perturbações do comportamento alimentar

## RESUMO

A teoria da vinculação ocupa um lugar de destaque no domínio da psicologia do desenvolvimento desde meados do séc. XX, quando John Bowlby (1969/82, 1973, 1980) apresentou as principais linhas conceptuais que a constituem, tendo vindo a desempenhar um papel relevante na compreensão de processos normativos do desenvolvimento humano. Os contributos da teoria da vinculação, no entanto, ultrapassam este domínio, salientando-se a sua importância para o conhecimento dos processos de desenvolvimento da psicopatologia. Um dos grupos clínicos onde os processos relacionados com a vinculação são particularmente relevantes é o das perturbações do comportamento alimentar (cf., Soares, Dias, Machado & Klein, no prelo).

O papel dos mecanismos de ordem biológica relacionados com a organização da vinculação, em crianças e adultos, tem obtido um interesse crescente por parte da comunidade científica, em particular no que respeita aos sistemas biológicos associados à resposta ao *stress*, de entre os quais se destacam a actividade electrodérmica e a actividade cardíaca em adultos (Dozier & Kobak, 1992; Roisman, Tsai & Chiang, 2004; Roisman, 2007).

Este trabalho insere-se no contexto da aplicação da teoria e investigação da vinculação à compreensão de problemáticas clínicas recorrendo às contribuições da psicofisiologia para estudar o domínio biológico da organização da vinculação nesse domínio. Especificamente, procura examinar as relações entre a organização da vinculação e a actividade autonómica no contexto das perturbações alimentares.

O estudo apresentado foi realizado junto de 47 pacientes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar, acompanhadas em consultas da especialidade no Norte de Portugal. As participantes responderam à *Adult Attachment Interview (AAI)* (George, Kaplan & Main, 1985). Durante a entrevista, foram recolhidos sinais biológicos relativos à actividade electrodérmica e à actividade cardíaca e foi efectuado o registo audiovisual da mesma, com recurso a um sistema multimédia inovador, designado BioDReAMS, que permite a sincronização dos dados psicofisiológicos e audiovisuais da *AAI*.

As entrevistas foram cotadas com o método *Attachment Q-Sort* (Kobak, 1993), que permite a classificação das participantes nos 3 padrões de vinculação (seguro, desligado e preocupado) e nas duas estratégias de vinculação (segurança versus insegurança e desactivação versus

hiperactivação), bem como a avaliação das mesmas em termos de mega-itens da vinculação (Kobak, 1998; Pinho, 2000).

As participantes responderam também a medidas de auto-relato relativas à psicopatologia geral (SCL-90 R) e específica das perturbações alimentares (EDI), a marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia (PAMaDeP) e a dados sócio-demográficos e clínicos.

Os resultados indicaram um número expressivo de pacientes com histórias clínicas e desenvolvimentais caracterizadas pela presença anterior de psicopatologia e de outras perturbações alimentares. A maioria das participantes relatou também ter experienciado acontecimentos de vida adversos durante o ano anterior ao início da perturbação actual.

Relativamente à organização da vinculação, a maioria das participantes foi classificada como insegura e, em relação às estratégias de vinculação, verificou-se o predomínio de estratégias de hiperactivação nesta amostra, de um modo mais significativo nas pacientes com características purgativas.

Em termos de psicopatologia e dos marcadores desenvolvimentais, salientam-se a presença de níveis inferiores de manifestação de sintomatologia das perturbações alimentares, medida através de auto-relato, em pacientes classificadas como desligadas, a existência de correlações significativas entre estratégias de hiperactivação e sintomas de psicopatologia alimentar e geral e a existência de correlações negativas entre mega-itens associados à segurança da vinculação e um conjunto de marcadores para a psicopatologia, bem como de correlações positivas entre mega-itens associados à insegurança da vinculação e diversos marcadores desenvolvimentais.

Em relação à actividade fisiológica relacionada com a regulação autonómica, os resultados mostraram a relação entre duas das medidas utilizadas – condutância da pele e rácio LF/HF (um indicador do balanço simpático-vagal) – e a organização da vinculação, quer ao nível categorial (padrões), quer ao nível dimensional (mega-itens e estratégias de vinculação).

Os resultados obtidos são discutidos à luz da literatura sobre vinculação e desenvolvimento de perturbações alimentares e das abordagens que procuram conhecer o papel das variáveis psicofisiológicas na organização da vinculação.

# Attachment and autonomic regulation in eating disorders

## ABSTRACT

Attachment Theory achieved an important place in the area of developmental psychology since the second half of the XXth Century, when John Bowlby (1969/82, 1973, 1980) introduced its main conceptual ideas. From then on, this theory has played a relevant role in the study of the normative processes in human development. The contributions of attachment theory, however, go beyond that domain by helping to understand the developmental processes relevant to psychopathology. One of the clinical groups in which attachment processes are of special relevance is eating disorders (cf., Soares, Dias, Machado & Klein, no prelo).

There has been a growing interest in the scientific community on the role of biological systems – specifically, those related to the biological response to stress, such as the electrical skin response and cardiac activity – involved in attachment organization of adults (Dozier & Kobak, 1992; Roisman, Tsai & Chiang, 2004; Roisman, 2007).

The present work – applying attachment theory and research to the study of clinical issues – aims to examine the relations between attachment organization and autonomic activity in the context of eating disorders.

A study was conducted with 47 female patients with eating disorders, receiving treatment at specialized clinical units in northern Portugal. The participants responded to the *Adult Attachment Interview (AAI)* (George, Kaplan & Main, 1985), while being monitored in terms of skin conductance and cardiac activity, using a new multimedia system, named BioDReAMS.

The *AAI*'s were transcribed and scored using Kobak's (1993) Attachment Q-Sort, that enables the participants' classification of attachment in the 3 main attachment patterns (secure, dismissing and preoccupied) and in two dimensional attachment strategies (security versus insecurity and deactivation versus hyperactivation), as well as in several mega-items of attachment (Kobak, 1998; Pinho, 2000).

The participants also filled self-report measures of general psychopathology (SCL-90-R), eating disorders symptoms (EDI), developmental history (PAMaDeP), clinical description and social and demographical information.

Results showed a significant number of patients that had previous eating disorders and other psychopathological problems, and the majority of them

reported the presence of stressful life-events in the year before the onset of the present disorder. In terms of attachment classification, insecure patterns were over-represented in this group of patients and most of the participants used hyperactivating strategies of attachment, especially in the group of patients with purging characteristics.

Regarding the relations between psychopathology and developmental history, dismissing patients showed lower scores in the self-report measures of eating disorders symptoms. Furthermore, significant positive correlations were found between hyperactivation of attachment and psychopathological symptoms, negative correlations between mega-items of attachment relevant to security and between mega-items related to insecurity and several negative developmental markers.

Regarding the physiological activity related to autonomic regulation, results highlighted the relation between two of the measures used in the study – skin conductance and LF/HF ratio – and attachment organization, both at a categorical level (patterns) as well as at a dimensional level (attachment strategies and mega-items).

The main results are discussed in light of the literature regarding the role of attachment in the development of eating disorders and the theoretical and empirical approaches involved in the study of the psychophysiological variables in attachment organization.

# ÍNDICE

Agradecimentos .....	iv
Resumo.....	vii
Abstract .....	ix
Índice .....	xi
Introdução .....	1
PARTE I Enquadramento Teórico e Empírico.....	7
Capítulo I Uma perspectiva sobre as relações entre vinculação, psicopatologia e psicofisiologia .....	9
Introdução .....	9
1. Conceitos básicos da Teoria da Vinculação .....	12
2. Desenvolvimento da vinculação na infância .....	19
3. Avaliação e diferenças individuais na vinculação na infância .....	20
4. Avaliação e diferenças individuais na vinculação na idade adulta.....	28
5. Vinculação e desenvolvimento da psicopatologia em jovens e adultos: questões conceptuais .....	38
6. Vinculação e psicopatologia em jovens e adultos: resultados da investigação .....	47
7. Vinculação e actividade psicofisiológica .....	56
Capítulo II Uma perspectiva sobre a vinculação nas Perturbações do Comportamento Alimentar .....	69
1. Perturbações do Comportamento Alimentar: caracterização clínica .....	69
2. Etiopatogenia das perturbações do comportamento alimentar .....	75

3. Desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: Perspectivas interpessoais.....	77
4. Perturbações do comportamento alimentar e vinculação .....	86
PARTE II Estudo Empírico Sobre Vinculação e Regulação Autonómica nas Perturbações do Comportamento Alimentar.....	109
Capítulo III Objectivos e Método .....	111
1. Objectivos .....	111
2. Método .....	112
2.1. Participantes.....	112
3. Procedimento .....	137
3.1. Procedimento de recolha de dados .....	137
3.2. Procedimento de análise dos dados .....	138
Capítulo IV Resultados e Discussão.....	143
Vinculação nos grupos clínicos .....	144
Vinculação e psicopatologia .....	153
Vinculação e indicadores de actividade autonómica.....	159
Discussão dos resultados.....	186
Conclusão geral .....	197
Referências Bibliográficas.....	205
Anexos.....	231

## INTRODUÇÃO

O presente estudo, apoiado por uma bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (ref. SFRH/6944/2001) inscreve-se num projecto de investigação mais vasto sobre a avaliação da vinculação e da regulação autonómica durante a *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan & Main, 1985), através de um sistema multimédia designado por BioDReAMS (cujo desenvolvimento foi apoiado pela Fundação BIAL através dos projectos refs 43/96 e 25/02).

A investigação aqui apresentada avalia a relação entre a qualidade da organização da vinculação e indicadores da regulação autonómica – condutância da pele, frequência e variabilidade cardíaca – num grupo de pacientes com perturbação do comportamento alimentar. As avaliações foram conduzidas através do BioDReAMS – **Bio Dual-channel and Representation of Attachment Multimedia System** – no decurso da *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan & Main, 1985). Este sistema permite a recolha sincronizada dos sinais biológicos e do comportamento dos participantes, em registo vídeo e áudio, durante a entrevista. Além disso, o sistema faculta a visualização sincronizada dos dados recolhidos e posterior tratamento estatístico dos principais indicadores da actividade cardíaca e resposta galvânica da pele.

O presente estudo centra-se na exploração empírica e de natureza clínica das relações entre vinculação e regulação autonómica nas perturbações do comportamento alimentar. Mais especificamente, orienta-se em torno de dois eixos de natureza metodológica, que se projectam na avaliação de um grupo de pacientes com perturbações do comportamento alimentar.

O primeiro eixo diz respeito à avaliação da qualidade da organização da vinculação ao nível dos três padrões de vinculação – seguro, inseguro/desligado e inseguro/preocupado – e das duas estratégias – segurança versus

insegurança e desactivação versus hiperactivação. Esta avaliação da organização da vinculação envolve o recurso a duas abordagens distintas, mas complementares: de natureza categorial (padrões) e de natureza dimensional (estratégias).

O segundo eixo diz respeito à avaliação de indicadores da regulação autonómica através do BioDReAMS e recorre à análise da condutância da pele e da frequência cardíaca e do rácio LF/HF, que constitui um indicador da variabilidade cardíaca, ao longo da *Adult Attachment Interview*, focando-se especificamente na análise das respostas de cada participante a um conjunto de questões críticas sobre o desenvolvimento das suas relações de vinculação.

A aplicação desses dois eixos de natureza metodológica num grupo de pacientes com perturbações do comportamento alimentar permite examinar uma problemática clínica assente no cruzamento de questões e de variáveis de natureza biológica e psicológica inscritas na matriz interpessoal, especialmente relevante para o exame empírico das relações entre vinculação e actividade autonómica. Nesta linha, o nosso estudo tem quatro objectivos específicos, de natureza metodológica e de natureza clínica.

Em primeiro lugar, procura contribuir para o desenvolvimento da metodologia de avaliação psicofisiológica aplicada de modo articulado à avaliação da vinculação, propondo-se, para tal, criar procedimentos de recolha e análise de dados de natureza psicofisiológica.

Um segundo objectivo metodológico remete para a avaliação da qualidade da organização discursiva e narrativa sobre a vinculação, e em particular em questões específicas sobre a história do desenvolvimento da vinculação dessas pacientes, com base no método Attachment Q-Sort desenvolvido por Kobak (1993), que permite identificar padrões e estratégias, articulando deste modo uma abordagem categorial com uma abordagem dimensional na avaliação da vinculação.



O terceiro objectivo, também de natureza metodológica, envolve a aplicação do sistema de recolha e análise de dados psicofisiológicos numa situação de avaliação da vinculação num grupo de pacientes com perturbações alimentares.

O presente estudo pretende contribuir ainda para o aprofundamento da problemática clínica das perturbações do comportamento alimentar, ao nível da psicopatologia geral e específica, bem como das questões relacionais envolvidas no desenvolvimento da vinculação.

Este trabalho encontra-se organizado em três partes: numa primeira parte é exposto o enquadramento teórico sobre as temáticas em estudo – vinculação e psicopatologia, perturbações do comportamento alimentar e vinculação e psicofisiologia – bem como revisões da investigação recente acerca desses temas; na segunda parte é apresentado o estudo empírico: método, resultados e discussão; finalmente, na terceira parte, apresenta-se uma síntese geral do trabalho.

Ao longo do primeiro capítulo, apresentam-se os principais pressupostos da teoria da vinculação de Bowlby (1969/84; 1973; 1980), bem como os contributos posteriores de Ainsworth e cols. (1978) que permitiram validar empiricamente a teoria pelo desenvolvimento de metodologias de investigação capazes de identificar diferenças individuais em padrões de comportamento de vinculação. Posteriormente, descreve-se o desenvolvimento de uma entrevista capaz de avaliar diferenças individuais na representação da vinculação em adultos, a *Adult Attachment Interview (AAI)*; George, Kaplan & Main, 1985), que marca a “mudança para o nível da representação” (Main, Kaplan & Cassidy, 1995). Apresentam-se ainda alguns dos principais instrumentos de auto-relato elaborados para avaliar construtos relevantes do ponto de vista da vinculação em adultos. De seguida, são abordados os contributos fundamentais da teoria

da vinculação para a compreensão da psicopatologia em jovens e adultos. Com este objectivo, descrevem-se alguns dos conceitos desta teoria que permitem ajudar a compreender o desenvolvimento da psicopatologia no contexto das relações familiares e são revistos os estudos mais recentes, de natureza transversal, que se têm centrado na relação entre a vinculação e diversas problemáticas psicopatológicas em adultos. Finalmente, apresenta-se o contributo da psicofisiologia para o estudo do fenómeno da vinculação, começando pela exposição dos princípios psicobiológicos básicos relacionados com esta temática e concluindo com a revisão dos estudos realizados com crianças e adultos.

No segundo capítulo são descritas as perturbações do comportamento alimentar (PCA), sendo referidos aspectos relativos à sua caracterização clínica e controvérsias sobre o diagnóstico, dados de natureza epidemiológica e concepções sobre a etiopatogenia destas perturbações. Segue-se uma análise aos contributos teóricos de abordagens centradas no funcionamento interpessoal e familiar, onde se inclui a teoria da vinculação, para a compreensão do desenvolvimento das PCA. Em seguida é apresentada uma revisão actualizada da investigação sobre a relação da vinculação com as PCA, descrevendo-se sucintamente as principais contribuições da investigação (realizada junto de amostras clínicas e da população geral), para o estudo desta temática.

Na segunda parte, apresenta-se o estudo empírico realizado junto de 47 pacientes com diagnóstico de PCA acompanhadas em consultas da especialidade, que foram avaliadas em relação à organização da vinculação, com recurso à *AAI* enquanto lhes era monitorizada a actividade cardíaca e electrodérmica com recurso a um sistema multimédia de aquisição e tratamento de dados, com sincronização da informação audiovisual e dos dados fisiológicos, desenvolvido de raiz para o projecto de investigação no qual o

presente trabalho se encontra inserido. Do protocolo de avaliação constava ainda um conjunto de questionários de auto-relato, destinados a examinar a sintomatologia psicopatológica geral e específica das PCA, marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia e dados sócio-demográficos e de caracterização clínica.

Finalmente, são expostas as principais conclusões do trabalho realizado, procurando-se reflectir sobre as suas contribuições para uma leitura de natureza metodológica e de natureza clínica das perturbações do comportamento alimentar, com especial destaque para a problemática da vinculação e da regulação autonómica, que constituem os temas centrais desta dissertação.



PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO



## CAPÍTULO I

# UMA PERSPECTIVA SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE VINCULAÇÃO, PSICOPATOLOGIA E PSICOFISIOLOGIA

### **Introdução**

No prefácio ao primeiro volume da sua trilogia acerca da Vinculação – *Attachment, Separation: Anger and Anxiety* e *Loss: Sadness and Depression*, John Bowlby relata não ter antevisto, em 1956, toda a dimensão do trabalho que estava a iniciar, cujo objecto de estudo – que lhe parecera limitado – era discutir as implicações teóricas de observações da resposta de crianças a separações temporárias da figura materna (Bowlby, 1969/82). Com efeito, Bowlby parte da sua experiência clínica junto de crianças e jovens institucionalizados que sofreram perdas ou separações prolongadas dos pais para o estudo da disrupção da relação de vinculação sentindo, desde os primeiros momentos do seu estudo, que o enquadramento teórico da psicanálise – onde Bowlby recebeu a sua formação clínica – não serviria o propósito de explicar os comportamentos observados nas crianças. Assim, é visível ao longo dos seus escritos o esforço de demarcação relativamente às teorias psicanalíticas, principalmente os conceitos freudianos presentes nas teorias do desenvolvimento e da motivação desta corrente teórica. No entanto, Bowlby procurou demarcar-se das teorias psicanalíticas a partir de uma posição do interior da Sociedade Britânica de Psicanálise, de onde nunca deixou de ser membro.

O auxílio de Bowlby no esforço de desenvolvimento de um novo Quadro teórico sobre a natureza e função da relação mãe-filho veio de um conjunto de áreas científicas em forte desenvolvimento nos anos 50 e 60, nomeadamente a

etologia – como os estudos de Konrad Lorenz com patos e gansos sobre o imprinting e a publicação de *Animal Behavior* por Robert Hinde (1970 cit. Bowlby, 1969/82) –, as ciências cognitivas e a cibernética – como a descrição próxima da engenharia que Young faz do sistema nervoso em *A Model of the Brain* (Young, 1964 cit. Bowlby, 1969/82) –, a noção de plano aplicada ao comportamento humano proposta por Miller, Galanter e Pribram (1960 cit. Bowlby, 1969) e a já mais antiga perspectiva evolutiva de Darwin, com as contribuições mais actuais de Williams, com a teoria genética da selecção natural (Williams, 1966, cit. Bowlby, 1969/82), entre outros.

Os contributos das diversas áreas científicas acima referidas permitiram, então, que Bowlby enquadrasse a problemática dos efeitos da privação materna no âmbito do estabelecimento de uma relação de proximidade com uma figura adulta da mesma espécie – relação de vinculação – que serviria funções de natureza filogenética e que era possível devido à utilização de sistemas comportamentais biologicamente determinados de promoção da proximidade. Os esforços de Bowlby para expor a sua teoria da vinculação, validando cada passo do seu desenvolvimento com as contribuições teóricas e empíricas de investigadores das várias áreas do saber já referidas encontram-se apresentados nos volumes da trilogia *Attachment, Separation and Loss – Attachment* (Bowlby, 1969/82), *Separation: Anger and Anxiety* (Bowlby, 1973) e *Loss: Sadness and Depression* (Bowlby, 1980).

Para além de Bowlby, uma autora fundamental para que a Teoria da Vinculação atingisse a dimensão que hoje possui foi Mary Ainsworth, cujo pioneirismo no estudo empírico dos conceitos teóricos apresentados por Bowlby, utilizando uma abordagem multi – multi-momentos, multi-contextos, multi-métodos e multi-observadores – e prestando especial atenção à figura de vinculação introduziu uma “nova fase” no desenvolvimento desta Teoria (Soares, 2002). Os seus estudos baseados em observação naturalista realizados



no Uganda (Ainsworth, 1963, 1967) e em Baltimore (Ainsworth, 1977), bem como a introdução de um procedimento laboratorial de avaliação da interação mãe-bebé – a Situação Estranha – possibilitaram o estudo das diferenças individuais na organização comportamental da vinculação, abrindo a porta a um vasto conjunto de estudos posteriores, focados na estabilidade e na mudança dos padrões de vinculação, bem como no acompanhamento de trajetórias de desenvolvimento – através de estudos longitudinais.

A teoria da vinculação sofreu um novo e determinante avanço em meados dos anos 80 do século XX com os trabalhos desenvolvidos por Mary Main e colaboradoras, que permitiram operar uma mudança do foco empírico, da avaliação de comportamentos em crianças para a avaliação da representação da vinculação em adultos. Com o desenvolvimento da *Adult Attachment Interview (AAI)*; George, Kaplan & Main, 1985), os investigadores no domínio da vinculação passaram a dispor de um instrumento robusto baseado na avaliação do discurso de adultos acerca da história da sua relação com as figuras de prestação de cuidados, da infância até à idade adulta. Este avanço possibilitou a abertura de novas linhas de investigação, tais como o estudo da transgeracionalidade da vinculação, que Bowlby (1979) tinha enfatizado ao considerar que a qualidade da vinculação se transmite ao longo das gerações através da microcultura familiar (e.g. Main, Kaplan & Cassidy, 1985). A criação da *AAI* permitiu ainda examinar o papel dos modelos internos dinâmicos da vinculação no desenvolvimento de relações íntimas (Feeney, 1999), de quadros psicopatológicos (Atkinson, 1997; Dozier, Stovall & Albus, 1999; Greenberg, 1999; Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999) e da relação terapêutica (Dozier & Tyrell, 1998; Slade, 1999; Sperling & Lyons, 1994; West & Keller, 1994), que constituem algumas das questões que Bowlby tinha formulado a partir da sua experiência clínica, especialmente relevantes para a compreensão da psicopatologia e da psicoterapia (Soares, 2002).

Neste capítulo apresentam-se os principais pressupostos teóricos da teoria da vinculação de Bowlby (1969/84; 1973; 1980) e Ainsworth (1978). Posteriormente, descreve-se o desenvolvimento da *Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan & Main, 1985), que marca a “mudança para o nível da representação” na investigação no domínio da vinculação (Main, Kaplan & Cassidy, 1985) e apresentam-se ainda alguns dos principais instrumentos de auto-relato elaborados para avaliar construtos relevantes do ponto de vista da vinculação em adultos. De seguida, são abordados os contributos fundamentais da teoria da vinculação para a compreensão da psicopatologia em jovens e adultos e são revistos os estudos mais recentes, de natureza transversal, que se têm centrado na relação entre a vinculação e diversas problemáticas psicopatológicas. Por fim, apresenta-se uma breve revisão do contributo da psicofisiologia para o estudo do fenómeno da vinculação.

## **1. Conceitos básicos da Teoria da Vinculação**

O primeiro enunciado da Teoria da Vinculação, assente em conceitos da etologia e da psicologia do desenvolvimento, foi apresentado por Bowlby à *British Psychoanalytic Society* em Londres em 3 artigos: *The Nature of the Child's Tie to His Mother* (Bowlby, 1958), *Separation Anxiety* (Bowlby, 1960a) e *Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood* (Bowlby, 1960b).

No primeiro destes artigos, *The Nature of the Child's Tie to His Mother*, Bowlby (1958) contesta as teorias psicanalíticas explicativas da natureza do laço libidinal da criança à mãe, onde a vinculação é vista como secundária relativamente à satisfação de necessidades alimentares da criança e introduz a noção de comportamento de vinculação. Para Bowlby, a criança possui sistemas de comportamento característicos da espécie humana, dos quais um conjunto de respostas instintivas – chupar, agarrar e seguir – e comportamentos de

sinalização – sorrir e chorar, que se vão organizando e orientando em relação à mãe durante os primeiros 12 meses de vida e que têm como função ligar a criança à mãe e a mãe à criança. Para corroborar os seus argumentos, Bowlby apresenta uma revisão dos estudos empíricos acerca do desenvolvimento cognitivo e social das crianças, incluindo os de Piaget (1951, 1954 cit. Bowlby, 1958), bem como a sua vasta experiência clínica como facilitador de um grupo de suporte para jovens mães em Londres (Bowlby, 1958). Esta apresentação da teoria da vinculação, também exposta nos outros dois artigos acima referidos, encontra-se revista e consolidada nos volumes da trilogia *Attachment and Loss* (Bowlby, 1969/82, 1973, 1980).

Apresentam-se, de seguida, os principais conceitos básicos da teoria da vinculação proposta por Bowlby, desde a noção de sistemas comportamentais, os conceitos de comportamento e sistema de vinculação, a relação entre sistema de vinculação, sistema de exploração e sistema de prestação de cuidados, a ideia de modelos internos dinâmicos da vinculação e as fases de desenvolvimento da vinculação na infância.

### **Sistemas comportamentais**

Em *Attachment*, Bowlby começa por referir que os organismos em diferentes níveis da escala filogenética regulam o comportamento instintivo de formas distintas, desde “padrões de acção fixa”, mais primitivos, semelhantes a reflexos, até hierarquias de planos com objectivos intermédios. No caso dos organismos mais complexos, o comportamento instintivo pode apresentar ajustamentos contínuos – comportamentos corrigidos por objectivos, ou *goal-corrected behaviour*. Este último tipo de comportamento apresenta a característica de ser orientado, através de mecanismos de *feedback*, para o objectivo ou meta anteriormente traçado – tal como uma ave de rapina ajusta o seu voo aos movimentos da presa. Dois componentes essenciais estão

presentes neste tipo de sistema comportamental: meios para receber e armazenar instruções acerca do objectivo e meios que possibilitem comparar os efeitos do desempenho com a instrução e alterar o desempenho de forma correspondente (Bowlby, 1969/82).

O conceito de sistemas comportamentais organizados ciberneticamente (Miller, Galanter & Pribram, 1960, cit. Bowlby, 1969/82) veio substituir o conceito freudiano de impulso. Os comportamentos regulados por estes sistemas podem adaptar-se às mudanças das circunstâncias ambientais, desde que essas mudanças não se afastem demasiado do ambiente de adaptabilidade evolutiva (environment of evolutionary adaptedness) do organismo. Bowlby especula que, para a espécie humana, o ambiente de adaptabilidade evolutiva seja semelhante ao das sociedades caçadoras-recolectoras (Bowlby, 1969/82).

As principais funções dos sistemas comportamentais que controlam o comportamento de vinculação, a prestação de cuidados, o comportamento sexual, o comportamento alimentar e a exploração são a sobrevivência e a procriação. Nalguns casos, o resultado predizível da activação dos sistemas é um comportamento de duração limitada (tal como a ingestão de alimentos); noutros casos, o resultado predizível é a manutenção do organismo, alargada no tempo, numa relação particular com o seu ambiente (Bowlby, 1969/82).

### **Comportamento de vinculação e sistema de vinculação**

Na segunda edição de *Attachment*, Bowlby distingue os conceitos de vinculação e de comportamento de vinculação. Assim, afirmar que uma criança está vinculada a alguém significa que ela está fortemente disposta a procurar proximidade e contacto com uma figura específica, em determinadas situações, nomeadamente quando está assustada, cansada ou doente. A disposição da criança para procurar a proximidade da figura de vinculação é apresentada como um atributo relativamente estável da criança, logo, não é afectado por

situações específicas. Por outro lado, o comportamento de vinculação é descrito como qualquer uma das formas de comportamento que a criança realiza com o objectivo de conseguir e/ou manter uma determinada proximidade com a figura de vinculação. Este comportamento que, ao contrário da noção de vinculação, se encontra altamente dependente das condições situacionais, tem uma natureza biológica, uma função de protecção contra possíveis predadores e um objectivo predizível de procura de proximidade com uma figura de vinculação em situações de perigo (Bowlby, 1982).

Uma das noções chave da teoria da vinculação é o do enquadramento dos dois conceitos referidos – vinculação prolongada a determinadas figuras e comportamento de vinculação – num sistema comportamental. O sistema comportamental de vinculação integra estes diferentes tipos de comportamento num sistema organizado que procura dar resposta, com flexibilidade, às alterações do ambiente, integrando a informação sobre os objectivos estabelecidos e ajustando os comportamentos específicos (Bowlby, 1969/82). Mais concretamente, o sistema de vinculação encontra-se equipado com sensores que permitem obter informação sobre os acontecimentos relevantes para a iniciação, ou não, de comportamentos que visem alcançar a proximidade com a figura de vinculação. Estes acontecimentos agrupam-se em duas categorias, nomeadamente, aqueles que indicam a presença de perigo (físico ou psicológico) e os que permitem localizar e avaliar a acessibilidade (física ou psicológica) da figura de vinculação. Perante informações de que existe perigo – indicado por sentimentos de mal-estar – a criança desenvolve comportamentos que visam a obtenção de proximidade com a figura de vinculação que só serão terminados após alcançada essa proximidade – que se traduzirá em sentimentos de conforto e segurança.

## **Relação entre sistema de vinculação, sistema de exploração e sistema de prestação de cuidados**

Como já foi referido, Bowlby (1969/82) afirma que o sistema de vinculação é um entre outros sistemas comportamentais de base biológica presentes no Homem, como os sistemas que regulam o comportamento parental – sistema de prestação de cuidados, o comportamento sexual, o comportamento alimentar e o comportamento de exploração e que têm em comum contribuir, de formas distintas, para a sobrevivência do indivíduo e dos seus descendentes. O sistema de vinculação apresenta uma ligação estreita a dois destes sistemas, nomeadamente o sistema de prestação de cuidados e o sistema de exploração. Relativamente ao sistema de prestação de cuidados – caregiving – Bowlby encara a relação mãe-criança como sendo complementar, ou seja, apesar do comportamento da mãe ser geralmente diferente do da criança, usualmente o comportamento de um é o complemento do comportamento do outro, no âmbito de uma relação diádica de vinculação.

Quanto à relação entre o sistema de vinculação e o sistema de exploração, torna-se importante olhar para a função do comportamento de vinculação, acrescentando ao objectivo da procura ou manutenção de proximidade com a figura de vinculação o da obtenção da segurança que promove a exploração. Esta reformulação da teoria da vinculação, acomodando a motivação da criança para se afastar da figura de vinculação e explorar o ambiente (Schneider-Rosen, 1990), reflecte-se em dois conceitos relevantes da teoria da vinculação – a utilização da figura de vinculação como base segura e como refúgio de segurança. Tais conceitos, apesar de próximos, são distintos (Ainsworth et al., 1978). Assim, se a criança sente segurança, pode utilizar a figura de vinculação como “base segura” para explorar o meio. Se durante a exploração a criança tiver percepção de perigo, o sistema de exploração é “desactivado” e a criança inicia comportamentos de vinculação, procurando a

figura de vinculação como “refúgio de segurança”, que lhe permite acalmar-se e, voltando a sentir segurança, regressar à utilização da figura de vinculação como “base segura” para a exploração.

### **Modelos Internos Dinâmicos da Vinculação**

Os sistemas comportamentais complexos do tipo proposto por Bowlby podem operar em organismos que desenvolveram a capacidade para construir modelos internos dinâmicos do ambiente e das suas próprias acções, um conceito que Bowlby importa de Young (1964, cit. Bowlby, 1969). Estes modelos são representações mentais que consistem num conjunto de expectativas sobre o *self*, sobre as figuras de vinculação e sobre as relações entre os dois que estão organizadas numa estrutura representacional bem organizada (Bowlby, 1980; Bretherton, 1985).

A noção de modelo interno dinâmico proposta ultrapassa a ideia de mapa cognitivo, pois não se trata de uma representação estática ou topográfica do ambiente, mas antes um modelo manipulável do mundo ou “um mundo de imitação”, que permite transmitir, armazenar e manipular informação que ajuda a antecipar como poderão ser atingidos os objectivos (*set-goals*).

Segundo Bowlby, para um organismo poder utilizar um modelo dinâmico de forma útil, são necessárias três medidas. Em primeiro lugar, o modelo deverá ser construído em concordância com os dados disponíveis. Em segundo lugar, deverá prolongar-se imaginariamente de forma a abarcar realidades novas, para além das já conhecidas. Finalmente, o modelo deverá ser testado quanto à sua consistência interna. Quanto mais adequado for o modelo interno dinâmico de um organismo, maior será o grau de precisão com que esse organismo poderá antecipar o futuro. No entanto, acrescenta Bowlby, se os modelos internos dinâmicos do ambiente e do *self* não são revistos adequadamente após drásticas mudanças ambientais, pode dar-se início a um

funcionamento patológico. Para ele, a revisão, extensão e avaliação da consistência dos modelos internos dinâmicos implicam o processamento consciente do conteúdo do modelo. Na espécie humana, os processos comunicacionais – inicialmente limitados à sinalização emocional ou gestual e posteriormente incluindo a linguagem – permitem também a partilha intersubjectiva do conteúdo dos modelos. Ao nível interno, os mesmos processos são úteis para a auto-regulação e para o estabelecimento de prioridades comportamentais (Bowlby, 1969/82).

No segundo volume da trilogia, *Separation: Anger and Anxiety*, Bowlby expande a ideia de modelo interno dinâmico, sugerindo que, dentro do modelo interno dinâmico do mundo dos indivíduos, os modelos dinâmicos do *self* e da figura de vinculação são particularmente salientes. Estes modelos, que são adquiridos através de padrões de interacção interpessoais, complementam-se. Assim, se a figura de vinculação foi capaz de reconhecer as necessidades de conforto e protecção da criança, respeitando simultaneamente as suas necessidades de exploração, então a criança tenderá a desenvolver um modelo do *self* como valorizado e confiante. Se, pelo contrário, a figura de vinculação rejeitou frequentemente as necessidades de conforto e de exploração da criança, então a criança tenderá a construir um modelo interno do *self* como sem valor ou incompetente (Bowlby, 1973).

Bowlby enfatiza também o papel dos modelos internos dinâmicos na transmissão intergeracional dos padrões de vinculação. Os indivíduos relativamente estáveis e auto-confiantes têm, normalmente, pais que transmitem suporte quando solicitado, mas que também encorajam a autonomia, tendem a comunicar facilmente os seus próprios modelos do *self*, dos seus filhos e dos outros, indicando também à criança que esses modelos são abertos ao questionamento e à revisão (Bowlby, 1973).



## **2. Desenvolvimento da vinculação na infância**

O desenvolvimento do comportamento de vinculação desenrola-se, de acordo com Bowlby (1969/1982), em quatro fases, sendo que as três primeiras ocorrem no primeiro ano de vida e a última começa por volta do terceiro ano de vida. Estas quatro fases são influenciadas pelas mudanças que ocorrem tanto ao nível das competências emocionais, cognitivas, motoras e sociais. Assim, o comportamento de vinculação vai apresentando diferentes manifestações, de acordo com as aquisições desenvolvimentais da criança, tanto ao nível da procura da proximidade, como no que diz respeito aos modelos internos dinâmicos.

Na primeira fase, denominada orientação e sinais com uma discriminação limitada da figura, percorrida durante os primeiros 3 meses de vida, o bebé é capaz de se orientar para os seres humanos, segui-los com os olhos, procurando agarrar, sorrir e balbuciar, embora não consiga distinguir uma pessoa da outra.

A segunda fase, orientação e sinais dirigidos a uma ou mais figuras discriminadas, decorre aproximadamente entre os 3 e os 6 meses. Durante esta fase o bebé continua a orientar-se face aos seres humanos, mas fá-lo de forma mais marcada relativamente à figura materna.

Na terceira fase, denominada manutenção da proximidade em direcção a uma figura discriminada através da locomoção e de sinais, a criança começa a discriminar cada vez mais a forma como interage com as pessoas, restringindo cada vez mais o comportamento para figuras conhecidas. O seu repertório comportamental já integra respostas como seguir a mãe que se afasta, cumprimentá-la quando regressa e utilizá-la como base segura para exploração. É nesta fase que os comportamentos de vinculação se organizam num sistema de objectivos corrigidos. Esta fase decorre habitualmente entre os seis/sete

meses e os 2 ou 3 anos. Bowlby explica que o facto desta fase se iniciar mais tardiamente, podendo chegar a começar aos 12 meses, se deve ao menor contacto da criança com uma figura principal.

A quarta fase, formação de uma relação recíproca corrigida por objectivos, inicia-se habitualmente a partir dos 2 ou 3 anos de idade. Nesta fase, a criança já é capaz de inferir os sentimentos e os objectivos da mãe, podendo acomodar os seus comportamentos e objectivos aos da mãe, bem como procurar influenciar os objectivos desta. Fazer isto implica que a criança tenha atingido um determinado nível de desenvolvimento cognitivo e que tenha vivido experiências significativas com uma figura de vinculação "sensível" (Ainsworth, 1990). De acordo com o estudo de Marvin e cols. (1976, cit. Bowlby, 1982), apenas um pequeno número de crianças está capaz, aos 3 anos, de conseguir este grau de sofisticação, mas aos 5 anos a maioria é capaz de o fazer.

### **3. Avaliação e diferenças individuais na vinculação na infância**

Nos finais de 1953, Mary Ainsworth, que tinha trabalhado com Bowlby na Clínica Tavistok em Londres, acompanhou o seu marido que tinha obtido um lugar no East African Institute of Social Research em Kampala, no Uganda. Com o auxílio desse instituto, Mary Ainsworth obteve financiamento para um estudo observacional, não antes de escrever a Bowlby realçando a necessidade de se obter validação empírica para as suas noções etológicas (Ainsworth, Janeiro de 1992, comunicação pessoal, cit. Bretherton, 1992).

Ainsworth tinha inicialmente planeado uma investigação acerca das respostas à separação de crianças pequenas (toddlers) durante o desmame, inspirada nas análises que tinha feito dos dados recolhidos por Robertson, mas

decidiu alterar os planos e observar o desenvolvimento da relação de vinculação entre mãe e bebê. Encontrava-se particularmente interessada em determinar o surgimento de sinais e comportamentos de promoção da proximidade, prestando particular atenção aos momentos em que esses sinais e comportamentos se tornavam preferencialmente dirigidos à mãe. Como amostra, Ainsworth recrutou 26 famílias com crianças entre os 1 e os 24 meses, que observou de quinze em quinze dias durante 2 horas por visita, ao longo de um período de até 9 meses. As visitas, onde era acompanhada por um intérprete, decorriam na sala de estar das famílias onde habitualmente as mulheres recebiam visitas durante a tarde.

Os dados do projecto do Uganda (Ainsworth, 1963, 1967) foram uma boa fonte para o estudo das diferenças individuais na qualidade da interação mãe-criança, tópico que Bowlby tinha abandonado anteriormente por o ter considerado demasiado difícil de estudar (Bretherton, 1992). À luz do trabalho posterior de Ainsworth, tornou-se de especial relevo uma avaliação da sensibilidade materna aos sinais da criança, a partir dos dados das entrevistas – as mães consideradas boas informadoras e que forneciam espontaneamente detalhes eram classificadas como altamente sensíveis; pelo contrário, as mães que pareciam incapazes de perceber as pequenas diferenças do comportamento da criança eram classificadas como menos sensíveis. Com base na observação das crianças, foram observados três padrões de vinculação. As crianças com um padrão seguro choravam pouco e demonstravam satisfação em explorar na presença da mãe; as crianças com um padrão inseguro choravam frequentemente e exploravam pouco; as crianças ainda não vinculadas (*not yet attached infants*) não manifestavam um comportamento diferenciado face à mãe. Veio também a verificar-se que o padrão seguro de vinculação estava significativamente correlacionado com a sensibilidade materna. Estes resultados antecipam algum do trabalho posterior de Ainsworth,

apesar das medidas não serem ainda tão sofisticadas como as que foram desenvolvidas para os estudos subsequentes (Bretherton, 1992).

Ao deixar o Uganda em 1955, o casal Ainsworth mudou-se para Baltimore, onde Mary Ainsworth começou a trabalhar num hospital, enquanto, em simultâneo, leccionava sobre os temas de desenvolvimento e prática clínica na Johns Hopkins University.

Em 1963, enquanto analisava os dados do estudo do Uganda, M. Ainsworth iniciou um segundo projecto baseado na observação naturalista e onde as entrevistas às mães desempenhavam um papel menos importante do que no estudo do Uganda. Foram recrutadas 26 famílias antes do nascimento dos bebés, sendo realizadas 18 visitas domiciliárias, iniciando-se no primeiro mês de vida do bebé e terminando às 54 semanas. Cada visita demorava 4 horas, o que resultou em aproximadamente 74 horas de recolha de dados por família. Os observadores faziam breves registos manuscritos em intervalos de 5 minutos. Mais tarde, os registos eram ditados para um gravador, para transcrição. As narrativas já transcritas foram agrupadas por trimestres, para análise.

Um aspecto único da metodologia utilizada por Ainsworth foi, na época, a ênfase colocada nos padrões de comportamento significativos no contexto, em vez da contagem da frequência de comportamentos específicos. Esta abordagem tinha as suas raízes na sua tese de doutoramento, onde classificara padrões de segurança dependente e independente, familiar e extra-familiar, nos seus conhecimentos avançados de utilização do Rorschach e no seu trabalho no Tavistock Institute, com Bowlby e Robertson (Bretherton, 1992).

O estudo minucioso das narrativas provenientes da observação naturalista levado a cabo pela equipa de Mary Ainsworth revelou a emergência de padrões de interacção mãe-bebé característicos durante os 3 primeiros meses (Ainsworth et al., 1978), tendo sido realizadas análises separadas para

as situações de alimentação (Ainsworth & Bell, 1969), interacção mãe-criança face a face (Blehar, Lieberman & Ainsworth, 1977), choro (Bell & Ainsworth, 1972), cumprimento e comportamento de seguimento da criança (Stayton & Ainsworth, 1973), equilíbrio vinculação-exploração (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971), obediência (Stayton, Hogan & Ainsworth, 1971), contacto corporal próximo (Ainsworth, Bell, Blehar & Main, 1971), comportamento de aproximação (Tracy, Lamb & Ainsworth, 1976) e contacto afectuoso (Tracy & Ainsworth, 1981).

De uma forma geral, os dados recolhidos permitiram concluir que a sensibilidade materna durante o primeiro trimestre estava associada a relacionamentos mãe-criança mais harmoniosos, o que Ainsworth explica com base nas expectativas das crianças, construídas a partir das experiências anteriores de satisfação ou rejeição com as mães (Ainsworth et al., 1978). Assim, os bebés cujas mães tinham sido altamente responsivas ao choro durante os primeiros meses de vida choravam menos, confiavam nas expressões faciais, nos gestos e nas vocalizações para comunicar com a mãe quando avaliados aos 12 meses (Bell & Ainsworth, 1972). Da mesma forma, os bebés cujas mães tinham dado “colo” de forma terna durante os três primeiros meses procuravam o contacto menos frequentemente durante o quarto trimestre; no entanto, quando o contacto ocorria, era classificado como mais carinhoso e satisfatório (Ainsworth et al., 1971).

Apesar dos resultados do estudo de Baltimore terem sido interessantes do ponto de vista do estudo do desenvolvimento da relação de vinculação, Ainsworth não conseguiu verificar de forma evidente nas díades deste estudo três aspectos relevantes do ponto de vista da vinculação que tinha observado consistentemente no estudo do Uganda – a utilização da mãe como base segura para a exploração, sinais de perturbação em separações breves e medo no encontro com estranhos. Considerando que as diferenças encontradas entre

os dois estudos poderiam dever-se a diferenças em termos das experiências com estranhos, culturalmente explicáveis, Ainsworth decide elaborar uma situação laboratorial que permitisse estimular o comportamento do bebé de forma mais intensa, possibilitando avaliar a forma como o bebé utiliza o adulto como base segura, a reacção do bebé a estranhos e a reacção do bebé à reunião com um adulto familiar. Este procedimento laboratorial ficou conhecido como Situação Estranha (Ainsworth & Wittig, 1969). A Situação Estranha é um procedimento que dura cerca de 20 minutos, divididos por oito episódios. Num primeiro episódio, a mãe e a criança são convidadas a conhecer uma sala do laboratório, acompanhadas de uma mulher estranha à criança. De seguida, a criança fica a sós com a mãe a explorar a sala. No terceiro episódio, a estranha entra e observa silenciosamente e sentada, no primeiro minuto; no segundo minuto, a estranha conversa com a mãe; no terceiro minuto, a estranha aproxima-se do bebé. Enquanto a estranha brinca com o bebé, a mãe sai brevemente – quarto episódio – voltando de seguida e fica a sós com o bebé – quinto episódio. No sexto episódio, há uma segunda separação, de 3 minutos ou menos, em que a criança fica sozinha. No sétimo episódio, a estranha entra e interage com o bebé. Finalmente, a mãe volta à sala, saúda o bebé, pega-lhe ao colo enquanto a estranha sai discretamente.

Como era esperado, Ainsworth descobriu que as crianças da amostra de Baltimore que foram sujeitas a este procedimento exploravam a sala e os brinquedos mais vigorosamente na presença da mãe do que depois da entrada de uma estranha ou enquanto a mãe estava ausente (Ainsworth & Bell, 1969). Apesar destes resultados serem teoricamente interessantes, Ainsworth ficou mais impressionada com os padrões inesperados de comportamentos de reunião manifestados pelas crianças, que lhe recordaram as repostas que Robertson tinha verificado nas crianças expostas a separações prolongadas e

sobre as quais Bowlby (1960a) tinha teorizado no seu artigo sobre a separação (Bretherton, 1992).

A avaliação do comportamento de vinculação do bebé durante a Situação Estranha é feita de três formas – avaliação da frequência de comportamentos específicos em cada um dos episódios; avaliação do comportamento de interacção do bebé com a mãe e com o estranho, utilizando seis escalas: proximidade e procura de contacto, manutenção do contacto, resistência, evitamento, procura da mãe e distância na interacção; classificação dos bebés de acordo com padrões de comportamento (Ainsworth et al., 1978). Esta última modalidade de avaliação da Situação Estranha veio a revelar-se mais significativa na avaliação das diferenças individuais, reflectindo a organização do comportamento do bebé no contexto da relação com a mãe. Esta avaliação permite classificar os bebés num de três grupos, que se caracterizam por distintos padrões de organização comportamental: grupo A- inseguro-evitante; grupo B- seguro; grupo C- inseguro-resistente ou ambivalente.

O grupo A- inseguro-evitante caracteriza-se pela presença de comportamentos de evitamento relativamente à mãe durante os episódios de reunião. Por outras palavras, os bebés classificados como inseguros-evitantes demonstravam uma reduzida tendência para procurar a proximidade, a interacção ou o contacto com a figura de vinculação após uma separação. Estes bebés, se a mãe se dirigia até eles, eram capazes de aceitar o contacto, embora não o mantivessem durante muito tempo, sendo frequente verificar-se um menor evitamento face à estranha do que à mãe. Nos episódios de separação, os bebés deste grupo manifestavam uma aparente despreocupação relativamente à saída da mãe. Relativamente ao comportamento de exploração, este mantinha-se constante ao longo de todos os episódios. Este grupo pode ainda ser dividido em dois sub-grupos: A1 e A2. No sub-grupo A1 o comportamento de evitamento face à figura de vinculação é mais marcante do

que no sub-grupo A2, onde já existam alguns comportamentos de aproximação moderada, embora com algum evitamento.

As crianças classificadas no grupo B- seguro caracterizavam-se por comportamentos de procura activa de proximidade e interacção com a mãe, principalmente nos episódios de reunião. Quando o contacto com a mãe era obtido, estas crianças procuravam mantê-lo, não manifestando resistência nem evitamento face a esta figura. Perante a saída da mãe, algumas destas crianças protestavam, enquanto que outras não o faziam e, quando aflitas, podiam ser um pouco confortadas pela estranha. Distinguem-se 4 sub-grupos –B1, B2, B3 e B4. Destes sub-grupos, o B3 é considerado o mais seguro, sendo constituído por bebés que procuram a proximidade e o contacto com a figura de vinculação de forma activa e evidente. Os bebés pertencentes aos sub-grupos B1 e B2 manifestam uma interacção à distância com a figura de vinculação, principalmente durante os episódios de reunião; a procura de proximidade é menor do que nos restantes sub-grupos. Finalmente, o sub-grupo B4, caracteriza-se pela procura intensa do contacto, tal como a sua manutenção, embora não comprometendo a exploração.

O grupo C- inseguro-ambivalente/resistente é composto por crianças que manifestam uma ambivalência de comportamentos, balançando entre a procura de contacto com a figura de vinculação e a resistência activa a esse contacto, o que se observa principalmente durante os episódios de reunião. Os bebés deste grupo apresentam, ao longo dos episódios, um comportamento de exploração pobre, demonstrando uma forte passividade. Existem dois sub-grupos – C1 e C2 – que se distinguem pelo facto das crianças pertencentes ao primeiro procurarem o contacto com uma forte irritação face à figura de vinculação, ao passo que as crianças pertencentes ao segundo sub-grupo evidenciarem uma forte passividade na forma como sinalizam a procura de contacto.



O sistema de classificação da vinculação a partir da Situação Estranha foi utilizado durante vários anos, sendo possível verificar a sua adequabilidade em diversos contextos e culturas. No entanto, o acumular de dados empíricos com o recurso a este procedimento permitiu também que se avolumasse o número de sujeitos que não eram classificáveis em nenhuma das 3 categorias descritas. Os investigadores lidavam com estes sujeitos de formas diversas, não os utilizando na investigação ou forçando a sua classificação na categoria mais próxima (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Em meados dos anos 80, Main e Solomon (1986, 1990) re-observaram mais de 200 gravações de situações estranhas onde surgiram dificuldades de classificação dos sujeitos, tendo chegado à conclusão de que a maioria das crianças observadas parecia evidenciar a falta de uma estratégia organizada ou coerente para lidar com o *stress* da separação. As autoras relataram diversas sequências comportamentais que ilustravam esta falta de estratégia, tais como crianças que se aproximavam da figura de vinculação desviando a cabeça para o lado, outras que choravam à medida que procuravam o colo da mãe, parando subitamente de chorar e de se mover durante alguns segundos. O que estes sujeitos tinham em comum eram este tipo de sequências comportamentais desorganizadas – movimentos e expressões contraditórios, expressões de apreensão ou medo face à figura de vinculação – pelo que as autoras designaram a nova categoria de classificação “desorientado/desorganizado”.

Main e Solomon (1986, 1990) operacionalizaram a identificação de crianças no grupo D a partir da manifestação de comportamentos da lista seguinte na presença da figura de vinculação na Situação Estranha:

Manifestação sequencial de padrões comportamentais contraditórios, tais como comportamento de vinculação subitamente seguido de evitamento, paralização ou comportamento confuso.

Manifestação simultânea de comportamentos contraditórios, como forte evitamento conjuntamente com forte procura de contacto, sofrimento ou raiva.

Movimentos e expressões não dirigidos ou mal dirigidos, incompletos e interrompidos, tais como expressões de sofrimento acompanhadas de movimentos de afastamento em relação à mãe.

Esteriotipias, movimentos assimétricos e posturas anómalas, como por exemplo tropeçar sem razão aparente.

Movimentos ou expressões lentificados ou de paralisia e.

Indicadores directos de apreensão em relação à figura de vinculação, tais como ombros encolhidos ou expressões faciais de medo.

Índices directos de desorganização e desorientação, tais como vaguear desorientadamente, expressões confusas ou múltiplas mudanças súbitas de afecto.

#### **4. Avaliação e diferenças individuais na vinculação na idade adulta**

O conceito de representações mentais ou modelos internos tem sido um dos focos do estudo da vinculação nos últimos anos, tendo-se passado das observações comportamentais de crianças para avaliações que procurem captar os aspectos cognitivos e emocionais subjacentes ao comportamento de vinculação ao longo da vida. A passagem para o “nível da representação” foi possível devido ao desenvolvimento de um instrumento – a *Adult Attachment Interview (AAI)* – por George, Kaplan e Main (1984, 1985, 1996) – que permitiu examinar, em indivíduos adultos, diferenças individuais na representação das relações de vinculação com os seus pais. Para além disso, foi através da *AAI* que se começou a estudar a intergeracionalidade da vinculação. Com efeito, os primeiros estudos realizados com a *AAI* permitiram encontrar uma associação

entre a representação que os sujeitos adultos tinham da relação de vinculação com os seus pais e o comportamento dos seus filhos durante a Situação Estranha (Ainsworth et al., 1978). No primeiro destes projectos – o estudo longitudinal de Berkeley (Main, Kaplan e Cassidy, 1985) – foi possível concluir que a predição da qualidade da vinculação entre pais e crianças em gerações subsequentes estava relacionada com a qualidade da organização das narrativas dos pais acerca das suas próprias experiências de vinculação e não com os conteúdos específicos relatados acerca das suas experiências.

#### **4.1 A *Adult Attachment Interview (AAI)*; George, Kaplan & Main, 1984, 1985, 1996)**

A *AAI*, de acordo com as suas autoras, tem como objectivo avaliar a segurança geral do modelo interno da vinculação ou a segurança do *self* relativamente à vinculação em geral e não relativamente a uma relação específica, presente ou passada (Main et al., 1985). Para conseguir este objectivo, a entrevista permite orientar a atenção, a memória, a cognição e as emoções do sujeito, recorrendo a questões que apelam à recordação de experiências passadas com as figuras de vinculação. A *AAI* pode então ser vista – à semelhança do que a Situação Estranha faz com as crianças – como um instrumento de activação do sistema de vinculação permitindo assim a avaliação, não de comportamentos, mas do “estado actual da organização mental do sujeito em relação à vinculação” (Main et al., 1985).

Apresenta-se, de seguida, uma descrição breve do protocolo da *AAI*, do sistema de cotação e classificação de Main & Goldwin (1984, 1998) e das categorias de classificação da representação mental da vinculação.

## **Descrição do Protocolo**

A *AAI* é uma entrevista semi-estruturada que se centra nas relações de vinculação dos indivíduos na sua infância e no significado que estes atribuem, no presente, às experiências passadas. O protocolo da *AAI* foi desenvolvido no início dos anos 80, tendo sido criado um sistema próprio para a sua cotação e classificação (Main & Goldwyn, 1984, 1992).

O guião da *AAI* é composto por 18 questões principais. No início da entrevista, é pedido ao sujeito que forneça uma descrição geral da relação com os seus pais na infância. De seguida, são solicitados cinco adjetivos que melhor representem a relação, na infância, com a mãe e cinco adjetivos acerca do mesmo tema, centrados na relação com o pai. É pedido que o sujeito forneça memórias episódicas específicas que permitam ilustrar ou dar suporte aos adjetivos referidos, tanto para a mãe como para o pai ou para outras figuras de vinculação relevantes (e.g. uma madrasta ou uma avó). O protocolo prossegue com questões acerca de situações em que o sujeito estava emocionalmente aflito ou preocupado e fisicamente ferido ou doente, sendo pedido para recordar como reagia nessas situações, bem como qual era a reacção dos pais. Seguidamente, são exploradas possíveis experiências de rejeição, ameaças de disciplina e quaisquer situações de abuso. Numa fase posterior da entrevista, o sujeito é convidado a reflectir acerca dos efeitos das experiências da infância que relatou na sua personalidade, a ponderar se estas terão influenciado negativamente o seu desenvolvimento e a dar a sua opinião sobre as razões que terão levado os seus pais a comportar-se da forma como o fizeram. Seguem-se questões relativas a possíveis experiências de perda, por morte, de pessoas significativas para o sujeito. Cada relato de uma destas experiências é explorado, procurando-se que o sujeito relate como reagiu ao acontecimento, quais as mudanças em termos emocionais ao longo do tempo e quais os efeitos destas perdas na sua personalidade. Finalmente, é pedido ao

sujeito que descreva a natureza da relação actual com os pais e, caso o sujeito seja mãe ou pai, é-lhe perguntado como a relação com o seu pai e a sua mãe terá influenciado a forma como interage com o seu filho ou filha (George, Kaplan & Main, 1985).

Hesse (1996) sugeriu que a tarefa central apresentada aos sujeitos durante a *AAI* consiste em (1) produzir e reflectir acerca das memórias relatadas acerca da vinculação (2) mantendo, simultaneamente, um discurso coerente com o entrevistador. A realização desta tarefa revela-se complexa, tendo George et al. (1984, 1985, 1996) enfatizado o potencial do protocolo "surpreender o inconsciente". A entrevista decorre a um ritmo relativamente rápido, requerendo que o entrevistado reflecta e responda a uma variedade de questões complexas acerca da sua história de vida, existindo várias oportunidades para que os sujeitos entrem em contradição, sejam incapazes de responder com clareza a algumas questões e/ou produzam discussões excessivamente longas e detalhadas sobre determinados tópicos. Para manter uma narrativa consistente e colaborante, o sujeito deverá recordar (e potencialmente reflectir sobre) o que disse, de forma a integrar a apresentação geral à medida que a vai produzindo (Hesse, 1999).

A cotação da *AAI* baseia-se em três aspectos fundamentais: a descrição das experiências de infância; a linguagem utilizada pelo entrevistado; a capacidade do indivíduo fornecer um relato integrado e credível das experiências e do seu significado (Crowell & Treboux, 1995). Existem vários sistemas de cotação e classificação do protocolo da *AAI*, salientando-se o sistema original proposto por Main & Goldwin (1984, 1998), o Attachment Q-Sort proposto por R. Kobak (1993) e o sistema de classificação de Regensburg (Grossmann, Fremmer-Bombik, Rudolph & Grossmann, 1988). Tendo em conta a relevância e a importância histórica do sistema de cotação original, que

esteve na base do desenvolvimento dos restantes sistemas, apresenta-se de seguida uma breve caracterização do primeiro.

O sistema de cotação e classificação original da *AAI* (Main & Goldwin, 1984, 1998) foi construído a partir de entrevistas realizadas a 102 pais de crianças avaliadas com a Situação Estranha no âmbito do estudo longitudinal de Berkeley, tendo sofrido diversas alterações ao longo do tempo. De uma forma geral, a classificação da entrevista é feita a partir da leitura da sua transcrição integral, com base em dois grupos de escalas: escalas que caracterizam as experiências do sujeito com os pais e escalas que avaliam a organização do discurso do sujeito. O primeiro conjunto é composto por 5 escalas centradas na “experiência provável do sujeito com a figura de vinculação”: afecto, rejeição, incentivo à realização, negligência e inversão de papel. O segundo grupo é constituído por 5 escalas que se focam na “representação actual da vinculação e/ou organização da informação relevante para a vinculação”: coerência, idealização, irritação com os pais, insistência na incapacidade de se recordar da infância e luto não resolvido.<sup>1</sup>

A mais recente revisão do sistema de classificação (Main & Goldwin, 1998) engloba 7 escalas no conjunto destinado a avaliar a “representação actual da vinculação”, associando-as às três principais categorias de classificação – Seguro, Desligado e Preocupado. Assim, as escalas associadas à categoria Seguro são as de coerência e a de monitorização metacognitiva. Associadas à categoria Desligado estão as escalas de idealização, insistência na incapacidade de se recordar da infância e menosprezo activo das experiências e/ou das relações de vinculação<sup>2</sup>. Finalmente, associadas à categoria

---

<sup>1</sup> Foi utilizada a tradução da denominação das escalas feita por Soares (1996).

<sup>2</sup> Tradução de “Active, derogating dismissal of attachment-related experiences and/or relationships”.

Preocupado encontram-se as escalas de irritação com os pais e passividade no discurso. Segundo Hesse (1999), esta associação entre as escalas contínuas de avaliação e as categorias de classificação permite a investigação de relações entre escalas e categorias em novas amostras e a abordagem das categorias a partir de uma perspectiva contínua, para além da perspectiva categorial já disponível.

Outro desenvolvimento importante do sistema de classificação de Main & Goldwin foi a incorporação das propriedades discursivas na análise da entrevista, utilizando as máximas propostas por Grice (1975, 1989 cit. Hesse, 1999) para o discurso cooperativo e racional. De acordo com este autor, o discurso cooperativo ou racional segue um princípio geral – “Princípio Cooperativo”<sup>3</sup> – que geralmente implica a adesão a quatro máximas: qualidade – dizer a verdade e fornecer suporte ao que é relatado; quantidade – ser sucinto e simultaneamente completo; relação – ser relevante para o tópico em discussão; e forma – ser claro e manifestar ordem. Aplicando estas máximas à *AAI*, foi possível clarificar e alargar a importância da coerência na análise do discurso dos sujeitos, podendo-se distinguir as três categorias de classificação em termos deste conceito.

O sistema de cotação da *AAI* apresentado permite a classificação dos sujeitos em três categorias “organizadas” de representação da vinculação, paralelas às categorias comportamentais de classificação da Situação Estranha – Seguro/Autónomo, Inseguro/Desligado (correspondente à classificação Ansioso-Evitante na Situação Estranha) e Inseguro/Preocupado (correspondente à classificação Ansioso-Resistente/Ambivalente).

Os adultos avaliados com a *AAI* são classificados como Seguros/Autónomos quando descrevem diversas experiências na infância,

---

<sup>3</sup> Tradução de “Cooperative Principle”.

mantêm uma visão equilibrada das relações precoces, valorizam as relações de vinculação e consideram que as experiências relacionadas com a vinculação influenciam o desenvolvimento. Segundo o mais recente sistema de classificação da *AAI*, estes sujeitos são capazes de produzir uma narrativa aceitavelmente coerente e colaborante, independentemente da natureza favorável ou desfavorável das experiências relatadas. No essencial, estes sujeitos parecem responder às questões com um grau de elaboração suficiente (mas não excessivo), alternando de forma equilibrada a conversação com o entrevistador. O seu discurso não viola de forma significativa nenhuma das máximas de Grice.

Os adultos que são classificados como Inseguros são incapazes de integrar as memórias de experiências com as avaliações do significado das experiências. Os indivíduos recebem uma classificação de Inseguros/Desligados quando negam ou desvalorizam o impacto das relações precoces, têm dificuldade em se lembrar de determinados episódios específicos, idealizam experiências ou descrevem uma história precoce de rejeição. Habitualmente, estas entrevistas violam a máxima da coerência por serem internamente inconsistentes e conterem respostas excessivamente curtas. As descrições que estes sujeitos apresentam dos pais são geralmente favoráveis ou até muito favoráveis, embora sejam incapazes de fornecer suporte para estas representações globalmente positivas, sendo frequente contradizê-las. É comum, por exemplo, que indivíduos classificados como desligados respondam a questões posteriores da entrevista de forma contraditória à impressão positiva apresentada no início (e.g., descrevendo situações em que tiveram medo de procurar os pais quando estavam magoados). Por esta razão, estes sujeitos violam a máxima da qualidade de Grice. As transcrições destas entrevistas tendem a ser excessivamente breves, violando também a máxima



da quantidade. Os sujeitos pertencentes a esta categoria têm uma elevada probabilidade de terem filhos classificados como evitantes na situação estranha.

Os adultos classificados como Inseguros/Preocupados manifestam confusão acerca das experiências passadas e as relações actuais com os pais são marcadas por raiva ou passividade. Apesar de não serem necessariamente internamente inconsistentes, estes indivíduos produzem narrativas que violam o princípio da colaboração. Assim, as questões da entrevista parecem estimular memórias, mas o entrevistado é frequentemente incapaz de manter-se focado ou conter as suas respostas num determinado tópico, sendo habitual que as memórias elicitadas, ao invés das questões do entrevistador, atraiam a atenção do sujeito e guiem o seu discurso (Hesse, 1996). Esta característica é evidenciada, nalguns sujeitos preocupados, pelas referências longas e marcadas por raiva à interacção com os pais na infância, que podem passar, de forma inapropriada, pela utilização de tempos verbais presentes e/ou a referências à relação que actualmente mantêm com os pais. As frases destas entrevistas são frequentemente longas, gramaticalmente confusas ou inundadas por um discurso vago (e.g. "e tal..."), violando as máximas da forma e da relevância de Grice. As transcrições são frequentemente excessivamente longas, violando a máxima da quantidade. Em termos de transgeracionalidade, é habitual que os filhos destes sujeitos sejam classificados como resistentes/ambivalentes na Situação Estranha.

Para além das três categorias referidas, os indivíduos podem receber uma classificação denominada estatuto não-resolvido/desorganizado em relação a experiências traumáticas, relacionadas com perdas ou experiências de abuso. Este estatuto, que pode ser atribuído conjuntamente com qualquer um dos três padrões, é utilizado quando, durante a *AAI*, os indivíduos manifestam lapsos na monitorização do raciocínio ou do discurso, bem como um pensamento desorganizado e desorientado na análise de experiências perturbadoras de

perda ou abuso (Main & Hesse, 1990). Esta categoria tem sido indicada como preditora da classificação do comportamento das crianças na situação estranha como "desorientado/desorganizado".

Finalmente, existe uma categoria recentemente criada que integra os casos que não é possível classificar, de acordo com o sistema de cotação de Main & Goldwyn, que são designados CC ("cannot classify") (Hesse, 1996). Esta classificação é atribuída quando a entrevista manifesta uma combinação de padrões linguísticos contraditórios e incompatíveis. Por se tratar de uma categoria recente, não foi ainda associada a nenhum tipo específico de resposta à situação estranha. No entanto, tem sido associada a histórias de perturbação psiquiátrica, violência marital e criminal e a abuso sexual (Hesse, 1999).

Os resultados provenientes de uma meta-análise com base em estudos de amostras não-clínicas indicam uma distribuição das principais categorias da vinculação em que a maioria é segura/autónoma (58%), seguida de desligada (24%) e, finalmente, preocupada (18%) (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

Uma área de interesse da investigação com a *AAI* tem sido o estudo da transmissão intergeracional da vinculação. Para além dos estudos com crianças avaliadas através da Situação Estranha e mães avaliadas com a *AAI*, como o já referido estudo longitudinal de Berkeley que esteve na base do desenvolvimento da *AAI* e diversos estudos, outros estudos procuraram relacionar a representação da vinculação em adolescentes e as suas figuras de vinculação. Num desses estudos, realizado em Portugal utilizando a versão portuguesa da *AAI* e o método de classificação de Regensburg, com adolescentes com 16-17 anos e as suas mães, foi possível verificar-se uma concordância significativa entre mãe-filho(a) ao nível da representação da vinculação, apesar disso não acontecer ao nível do padrão de representação (Soares, 1996).

## **4.2. Avaliação através de auto-relato sobre a vinculação em adultos**

A avaliação da vinculação em jovens e adultos tem também sido examinada à luz da abordagem dimensional e conduzida através de questionários centrados nas relações com os pais como, por exemplo, o Parental Bonding Instrument - PBI (Parker, Tupling & Brown, 1979) ou o Mother-Father-Peer Scale (Epstein, 1983), com os pais e com os pares, como é o caso do Inventory of Parent and Peer Attachment - IPPA (Armsden & Greenberg, 1987) ou, que se centram nas relações íntimas do presente como, por exemplo, a Adult Attachment Scale - AAS (Collins e Read, 1990) ou o Adult Attachment Questionnaire - AAQ de Simpson (1990)<sup>4</sup>.

Uma terceira linha de avaliação integra a abordagem prototípica de Bartholomew & Horowitz (1991), que procura conciliar as abordagens categorial e dimensional, recorrendo a entrevistas e a questionários sobre as relações de vinculação entre adultos, incluindo o Relationship Questionnaire.

O desenvolvimento mais recente em termos de instrumentos de auto-relato para avaliação da vinculação partiu da realização de uma análise factorial a 482 itens de diversos instrumentos existentes, conduzindo à edição do Experiences in Close Relationships – ECR de Brennan, Clark e Shaver (1998), que entretanto foi revisto a partir de análises baseadas na Teoria da Resposta ao Item – ECR-R (Fraley, Waller & Brennan, 2000) e permite avaliar a percepção da vinculação em adultos a partir de duas dimensões centrais: evitamento e ansiedade.

---

<sup>4</sup> Para alguns dos questionários referidos foram desenvolvidas versões portuguesas (cf. Soares, 2000).

Vários autores compararam medidas de vinculação em adultos baseadas em entrevistas (e.g. *AAI*) e em auto-relatos em formato papel-lápis concluindo, de forma geral, que as medidas não são equivalentes e questionando a validade dos instrumentos de auto-relato (e.g. Borman & Cole, 1993; Crowell & Treboux, 1995). No entanto, Crowell, Fraley e Shaver (1999) referem três argumentos a favor da utilização deste tipo de instrumentos para avaliar as diferenças individuais da vinculação na idade adulta: em primeiro lugar, o facto da vinculação ter um papel muito importante na vida emocional dos indivíduos (Bowlby, 1973, 1980) e os adultos poderem fornecer informação sobre as suas experiências emocionais; em segundo lugar, o facto de os adultos terem suficiente experiência relacional para saberem descrever como se sentem e comportam nessas relações, bem como conhecer o tipo de afirmações dos parceiros sobre o seu comportamento; finalmente, o facto de os processos conscientes e inconscientes concorrerem para o mesmo objectivo. As principais críticas aos questionários de auto-relato referem-se à impossibilidade deste tipo de medidas distinguirem estratégias defensivas características de organizações inseguras de vinculação, nomeadamente a idealização típica em organizações desligadas, de uma descrição verídica de experiências de vinculação positivas (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Crowell, Fraley & Shaver, 1999).

## **5. Vinculação e desenvolvimento da psicopatologia em jovens e adultos: questões conceptuais**

Apresentados os conceitos centrais da teoria da vinculação proposta por Bowlby e desenvolvida por Ainsworth e Main importa, tendo em conta o objectivo deste trabalho, examinar mais detalhadamente as asserções teóricas que permitem associar a qualidade do processo de construção das relações de vinculação e o desenvolvimento da psicopatologia.

Partindo das contribuições iniciais da trilogia de Bowlby (1969, 1973, 1980), um dos conceitos-chave para perceber esta ligação é a noção de trajectórias de desenvolvimento, que pode ser ilustrada pela metáfora da via férrea – dispersão e interligação de trilhos numa rede de caminhos de ferro. As ideias-chave desta metáfora foram sintetizadas da seguinte forma por Sroufe (1997): i) existem mais linhas no centro, ou seja, existe maior diversidade na normalidade; ii) começar em qualquer uma das linhas principais conduz a um vasto número de resultados finais devido às ramificações subsequentes, ou seja, existe multifinalidade; iii) quanto mais tempo for percorrido um trajecto afastado da normalidade, menos provável se torna o regresso à centralidade (ou normalidade). Nesta perspectiva, a psicopatologia é concebida como um desvio desenvolvimental, resultando de uma série sucessiva de (in)adaptações – um padrão de vinculação inseguro na infância pode iniciar um processo de desvio do centro, mas a psicopatologia apenas se torna previsível se as adaptações subsequentes continuarem a representar o desvio da trajectória adaptativa. A mudança continua a ser possível, mas torna-se mais difícil se a qualidade das experiências desenvolvimentais continuar a ser promotora do desvio (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). As experiências precoces assumem um papel preponderante nesta perspectiva de trajectórias de desenvolvimento proposta pelos teóricos da vinculação. Bowlby (1988) refere que a criança interpreta e cria novas experiências com base nas experiências de proximidade emocional que teve nas primeiras relações que estabeleceu. Estas primeiras experiências relacionais são especialmente relevantes para o desenvolvimento, devido à sua natureza pré-verbal, logo, inacessíveis à evocação verbal e mais dificilmente modificáveis por experiências posteriores (Sroufe et al., 1999). Perturbações nas relações precoces, não encaradas como sinónimo de patologia ou causas directas de patologia, podem funcionar como

uma base de perturbação nos processos desenvolvimentais que podem conduzir à psicopatologia (Egeland & Carlson, 2004).

A acumulação de resultados provenientes de estudos longitudinais realizados junto de amostras normativas e de risco tem permitido encontrar evidência empírica para as hipóteses teóricas sobre a influência da vinculação nas trajectórias de (in)adaptação (incluindo a psicopatologia) dos indivíduos (Grossmann, Grossmann, & Kindler, 2005; Hamilton, 2000; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005; Waters, Weinfield & Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000).

Um desses estudos, denominado "Minnesota parent-child project", tem vindo a acompanhar famílias de risco ao longo de mais de 30 anos (c.f. Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005). Em síntese, os resultados demonstram que, na presença de continuidade nos contextos, existem fortes relações entre o desenvolvimento de uma vinculação insegura na infância e problemas de comportamento no período pré-escolar (Erickson, Egeland & Sroufe, 1985), no período escolar (Egeland, Kalkoste, Gottesman & Erickson, 1990) e psicopatologia na adolescência (Egeland, Pianta & Ogawa, 1996).

Outra noção teórica importante para perceber a ligação entre o estabelecimento de relações de vinculação e a psicopatologia é a noção de modelos internos dinâmicos, já apresentada. Nesta perspectiva, as diferentes histórias de vinculação – e concomitantemente as diferentes formas de organização dos modelos internos dinâmicos – assumem particular relevância. Em contraste com os indivíduos com uma história de relações de vinculação segura, ao longo da qual foram construídas representações positivas do *self* e dos outros, concebidos como figuras em quem se pode confiar, indivíduos com histórias de vida adversas, marcadas por vinculação insegura constroem o *self* e o mundo como imprevisíveis, marcados pela desconfiança, pela desvalorização ou pela ambivalência (Bowlby, 1973). Mais especificamente, pessoas com

histórias relacionais inseguras têm uma maior probabilidade de atribuírem intenções negativas a situações sociais ambíguas, menor probabilidade de desenvolverem soluções adequadas para conflitos e a perceberem-se como próximos das outras pessoas, em especial com membros da família (Egeland & Carlson, 2004).

Nesse sentido, padrões de vinculação inseguros podem funcionar como padrões de regulação diádicos que maximizam a oportunidade da criança obter a proximidade das figuras de vinculação no contexto de uma relação de prestação de cuidados pouco disponível ou intermitentemente disponível (Sroufe et al., 1999). No caso de crianças inseguras-evitantes, a proximidade com as figuras de vinculação é conseguida através da minimização dos sinais de *distress* e das emoções negativas associadas a essas situações percebidas como perigosas que poderiam afastar uma figura de prestação de cuidados rejeitante (Main, 1981). Tal padrão de comportamento, associado à ideia de *self* como não merecedor de cuidados, tende a ser transportado para relações futuras, através de uma incapacidade para alcançar proximidade emocional e de um padrão comportamental marcado pelo isolamento social (Sroufe et al., 1999). As crianças inseguras-ambivalentes procuram manter a atenção das figuras de vinculação intermitentemente responsivas recorrendo a sinais aumentados de *distress* (Main & Hesse, 1990). As emoções negativas, nestes indivíduos, tendem a levar à disrupção das relações, inibindo o desenvolvimento de relações próximas estáveis (Sroufe et al., 1999).

Indivíduos com histórias inseguras (quer evitantes quer ambivalentes) tendem então a modificar ou bloquear defensivamente as emoções que poderiam facilitar a comunicação afectiva (Carlson & Sroufe, 1995; Kobak, Ruchdeschel & Hazan, 1994). Assim, quando se encontram em situações ameaçadoras, podem manifestar dificuldade em sinalizar directamente o seu pedido de ajuda, pois ficam envolvidos em emoções negativas, diminuindo a

probabilidade de iniciarem relações sociais potencialmente apoiantes (Egeland & Carlson, 2004). As diferenças de funcionamento remetem-nos para a noção de estratégias comportamentais condicionais, um conceito importado da Biologia (Main, 1990). Bowlby tinha defendido que, tendo por base a adaptação às modalidades de responsividade das figuras de vinculação, as crianças desenvolvem estratégias que se destinam a promover o acesso a estas figuras (Bowlby, 1973, 1980). Estas estratégias fazem parte do equipamento do indivíduo para se adaptar ao meio, podendo ser distinguidas estratégias primárias, que se integram no sistema comportamental principal e que são sensíveis ao contexto e às condições de activação do mesmo (por exemplo, a procura de proximidade da figura de vinculação será uma estratégia primária em situação de alarme), e estratégias secundárias, que envolvem padrões comportamentais cujo objectivo é minimizar ou manipular as respostas não adaptativas do sistema comportamental principal, substituindo-as por outras biologicamente preferíveis por aumentarem a eficácia reprodutiva (como é o caso, por exemplo, da estratégia de evitamento através da minimização da atenção e da activação do sistema de vinculação, em caso de antecipação de rejeição por parte da figura de vinculação, permitindo, contudo, manter a proximidade suficiente e necessária para assegurar a protecção). Nesta linha, Main (1995) considera que o evitamento e a resistência/ambivalência nas relações de vinculação constituem estratégias secundárias para lidar com situações de *stress*, moderadamente assustadoras, na companhia de uma figura de vinculação que não é, em si mesma, assustadora, mas que foi historicamente rejeitante ou inconsistentemente responsiva. Através do evitamento, os indivíduos tendem a afastar a atenção de condições potencialmente ameaçadoras, em contraste com a hipervigilância e preocupação face à acessibilidade da figura de vinculação característica dos indivíduos com resistência ou ambivalência; em lugar de uma atenção fluída,



evidente nos indivíduos seguros, nestes casos há inflexibilidade, ainda que continue a existir organização no modo como lidam com o *stress*.

Kobak e Shaver (1987) relacionaram estes tipos de estratégias com distintos processos de auto-regulação emocional e com o processamento da informação acerca dos modelos internos dinâmicos da vinculação. Os processos de auto-regulação relevantes para a vinculação são organizados e conduzidos por diferentes estratégias que permitem manter a segurança durante situações de perturbação (Kobak & Sceery, 1988; Main & Hesse, 1990; Sroufe & Waters, 1977). Desta forma, nas situações em que os indivíduos prevêm respostas não contingentes ou insensíveis por parte da figura de vinculação, a activação de comportamentos de vinculação pode não ser suficiente para assegurar a disponibilidade dessa figura. Nesses momentos tendem, então, a desenvolver estratégias para manter a sensação de segurança através de esforços para modificar a expressão do comportamento e dos sentimentos acerca da vinculação, procurando minimizar os medos acerca da acessibilidade das figuras de vinculação e, simultaneamente, maximizar a sensação de segurança (Kobak & Shaver, 1987).

As estratégias secundárias – de desactivação ou de hiperactivação do sistema de vinculação – dificultam o processamento dos sinais de perturbação, na medida em que estes sinais podem elicitar medo em relação à disponibilidade da figura de vinculação, conduzindo a expressões distorcidas ou sintomáticas de perturbação. De acordo com o tipo de estratégia secundária, estas expressões sintomáticas tomam diferentes formas: indivíduos com estratégias de desactivação tendem a excluir, defensivamente, os sinais de perturbação, e os seus sintomas tendem a ter uma função de distractibilidade, minimizando a necessidade de receber suporte ou a vulnerabilidade pessoal face à situação de perigo; os indivíduos com estratégias de hiperactivação tendem a amplificar os sinais de perturbação num esforço mal-adaptativo e

prolongado para obter a atenção e o conforto de uma figura de vinculação (Kobak, Ruckdeschel & Hazan, 1994).

Na mesma linha de conceptualização sobre a relação entre vinculação e psicopatologia, um outro conceito importante é a desorganização da vinculação. Como já foi afirmado, a desorganização da vinculação traduz o colapso das estratégias organizadas, de tipo seguro ou de tipo inseguro (ainda que de qualidade distinta, ambas revelam organização da vinculação). Para Main, na infância, a desorganização do comportamento de vinculação numa situação de *stress* (por exemplo, no procedimento da Situação Estranha de Ainsworth) ocorre porque a criança foi alarmada pela figura de vinculação e não apenas pelas condições da situação externa (Main & Hesse, 1990). Dado que a criança tende a procurar a proximidade quando alarmada, qualquer comportamento da figura parental que directamente a alarme, coloca-a numa situação paradoxal irresolúvel: não se pode aproximar (estratégias segura ou insegura-resistente), nem pode afastar a sua atenção (estratégia insegura-evitante) – há, assim, um colapso de estratégia<sup>5</sup>. Ao nível comportamental, a desorganização da vinculação pode manifestar-se, em situações de *stress*, através de sequências ou simultaneidade de comportamentos contraditórios, de comportamentos bizarros, de posturas anómalas, de estereotípias, entre outros (Main & Solomon, 1990). Em jovens e adultos, a desorganização pode exprimir-se ao nível das narrativas sobre experiências de vinculação adversas ou de natureza traumática

---

<sup>5</sup> Para Main, não é apenas o comportamento parental assustador/ameaçador (por exemplo, o abuso físico) que tem estas consequências, mas também o comportamento assustado/ameaçado: "*Battering parents are, of course, directly frightening. There is now reason to believe, however, that like frightened parental behavior may also alarm an infant and leave him without a strategy (Main, 1990). This outcome seems especially likely if the parent withdraws from the infant as though the infant were the source of the alarm and /or appears to be in a dissociated or trance-like state.*" (Main, 1995, p.426-427)

(por exemplo, experiências de perda ou abuso) através de lapsos na organização do discurso, na organização do pensamento e através de reacções comportamentais reveladoras de perturbação significativa.

Os principais indicadores de desorganização na *Adult Attachment Interview* foram apresentados por Main e Goldwin (1998) e contemplam lapsos na monitorização do discurso e lapsos na monitorização do pensamento. Como exemplos de lapsos na monitorização do discurso podem referir-se, por exemplo, face a experiências de perda de figuras significativas, o sujeito afirmar que não acredita que a pessoa morreu, sentir-se responsável por essa morte, não tendo realmente contribuído para isso, manifestar uma confusão entre a pessoa que morreu e o *self* ou apresentar afirmações psicologicamente confusas. Exemplos de lapsos na monitorização do pensamento são, durante a descrição de experiências de perda de figuras significativas, a atenção exagerada dada pelo sujeito a detalhes, a apresentação de afirmações incompletas, a realização de mudanças rápidas de assunto ou a permanência em silêncio durante períodos prolongados de tempo ou ainda a manifestação de invasões no discurso de informação relacionada com a morte em momentos da entrevista não relacionados com esse tema (Main & Goldwin, 1998).

Para se perceber a emergência deste tipo de manifestações discursivas, importa referir o conceito de sistemas segregados introduzido por Bowlby (1980): quando a dor associada a certos tipos de experiências relacionais – por exemplo, perdas, abuso – é tão forte que as memórias e sentimentos associados a estas experiências ameaçam perturbar a capacidade de funcionamento dos indivíduos, as memórias e as emoções relativas à experiência traumática podem ser codificadas num modelo representacional que é armazenado de modo não facilmente acessível à consciência, originando um processo de exclusão defensiva. Assim, os sistemas segregados impedem a integração da informação relativa à vinculação nos pensamentos e sentimentos

que predominantemente influenciam o indivíduo. Apesar dos sistemas segregados serem inconscientes e estarem "inactivos", eles constituem sistemas representacionais que podem ser activados, interferindo com o funcionamento do indivíduo e fazendo com que os comportamentos, sentimentos e pensamentos pareçam caóticos e desorganizados.

A segregação da informação traumática, pela sua natureza defensiva, traz benefícios a curto-prazo, permitindo aos indivíduos funcionar adequadamente. No entanto, a longo-prazo, existem riscos de inadaptação associados a este processo, pois, segundo Bowlby (1980), os modelos segregados não podem ser bloqueados da consciência indefinidamente, sendo comum que esta forma de exclusão defensiva falhe nos momentos em que os indivíduos mais necessitam destas defesas, isto é, quando experienciam situações internas ou externas que são avaliadas como ameaçadoras. Perante tais circunstâncias, quando o sistema de vinculação do indivíduo está intensamente activado, é mais provável a emergência de sentimentos segregados, o que potencia a desregulação do indivíduo (George & Solomon, 1999). Neste estado de desregulação, o comportamento e o pensamento tornam-se desorganizados e desorientados pela inundação emocional ou pelas tentativas de proibir ou bloquear essas emoções do estado consciente. Assim, e de acordo com o modelo de desorganização da vinculação, a sintomatologia clínica surge quando a desregulação do sistema de vinculação deixa o indivíduo submerso em sentimentos de desespero, vulnerabilidade, medo de abandono ou de perda de controlo (George, West & Pettem, 1999).

## **6. Vinculação e psicopatologia em jovens e adultos: resultados da investigação**

Vários estudos têm procurado estudar as relações entre as organizações da vinculação e a psicopatologia. A meta-análise de van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1996), tendo por base 14 estudos que usaram a *AAI* com amostras clínicas, integrando jovens, adultos e pais de crianças perturbadas, revela que nas amostras clínicas há uma sobre-representação das organizações de vinculação insegura (Ds e E) estatisticamente muito significativa, não tendo sido encontradas relações sistemáticas entre um determinado tipo de organização insegura (desligada ou emaranhada-preocupada) e um tipo específico de perturbação psicológica. Contudo, alguns grupos clínicos evidenciam uma sobre-representação de um grupo inseguro específico, por exemplo, a organização emaranhada (E) é mais frequente em amostras de mães e pais maltratantes ou abusivos, em amostras de pais de crianças com perturbação de oposição, bem como em amostras de adultos deprimidos e com perturbação de personalidade borderline; a organização desligada (Ds) é mais frequente em pais de crianças com distúrbio de sono. A depressão não aparece associada ao estatuto não resolvido-desorganizado (U/d). Por outro lado, as amostras com pais de crianças com perturbações psicológicas evidenciam que os progenitores avaliados como seguros-autónomos são uma minoria (14%), em contraste com uma sobre-representação de inseguros-emaranhados (45%) e de inseguros-desligados (41%).

Em contraste, as amostras com pais de crianças hospitalizadas, por doenças físicas agudas ou crónicas, não divergem das amostras de controlo. Os resultados desta meta-análise sugerem que só os problemas emocionais e comportamentais das crianças estão associados à insegurança dos pais.

A relação entre o tipo de organização da vinculação e o desenvolvimento de psicopatologia em adultos tem sido estudada em amostras clínicas, de risco e não-clínicas, recorrendo a diferentes métodos de avaliação, desde instrumentos de auto-relato – que avaliam os estilos de vinculação com base na percepção que os indivíduos têm acerca das relações de vinculação no passado e no presente – até a entrevistas que avaliam a organização da vinculação, como a *AAI*. Apresenta-se, de seguida, uma revisão detalhada destes estudos junto de amostras da população clínica, organizada segundo a natureza dos instrumentos de avaliação da vinculação utilizados – *AAI* e instrumentos de auto-relato (c.f. Soares & Dias, 2007).

### **Estudos com a *AAI***

Nos últimos anos têm sido realizados estudos sobre a organização da vinculação, medida através da *AAI*, e psicopatologia em jovens e adultos, centrados em determinadas organizações psicopatológicas, desde as perturbações afectivas, de ansiedade, dissociativas, esquizofrenia, perturbações da personalidade e perturbações do comportamento alimentar.

A relação entre as perturbações afectivas e a qualidade da vinculação baseia-se na afirmação de Bowlby (1980) de que existem três tipos de circunstâncias associadas ao desenvolvimento da depressão: quando um dos pais morre e a criança experiencia pouco controlo sobre as circunstâncias subsequentes, tendendo a desenvolver um sentimento de desânimo ou desespero na reacção a acontecimentos traumáticos; quando, após a perda, a criança é incapaz de estabelecer relações seguras e estáveis com as figuras de vinculação e desenvolve um modelo do *self* como um fracasso; quando um progenitor passa à criança a noção de que esta é incapaz ou incompetente, ela tender a desenvolver um modelo do *self* como alguém que não merece ser amado e um modelo do outro como incapaz de transmitir amor. No campo

empírico, a relação entre a vinculação insegura e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva tem sido demonstrada em diversos estudos, a maioria de natureza transversal, realizados junto de crianças (e.g. Gullone, Ollendick & King, 2006), existindo ainda dados de estudos longitudinais que permitem prever, a partir da classificação de insegurança da vinculação na infância, a existência de sintomatologia depressiva na adolescência (e.g. Duggal, Carlson, Sroufe & Egeland, 2001). Diversos estudos de natureza transversal realizados junto de indivíduos adultos têm encontrado uma associação entre a depressão e a insegurança da vinculação, alguns deles relacionando a sintomatologia depressiva com uma organização de vinculação preocupada (Cole-Detke & Kobak, 1996; Fonagy et al., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996); no entanto, outros estudos encontraram uma associação entre estados depressivos e uma organização desligada (Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994).

No que diz respeito às perturbações de ansiedade, Bowlby (1973) defendeu que a maior parte destas perturbações poderiam ser explicadas pela ansiedade acerca da disponibilidade da figura de vinculação desenvolvida em contextos familiares marcados por elevado controlo parental através do recurso à sobreprotecção ou à rejeição. A ansiedade manifestada pelas crianças perante separações breves em relação à figura de vinculação durante o primeiro ano de vida serve, na perspectiva de Bowlby, um objectivo evolucionário de protecção, no âmbito de uma relação com uma figura de vinculação responsiva e sensível – a ansiedade acciona os sinais de *distress* e os comportamentos de procura de proximidade que, por seu lado, elicitam o apoio regulatório da figura de vinculação, reduzindo os riscos para a criança. Em contextos marcados por respostas inconsistentes aos sinais de perturbação emitidos pela criança, a vigilância crónica e a ansiedade podem constituir um padrão que se generaliza a múltiplas fontes de medo, incluindo os desafios desenvolvimentais, deixando-

a vulnerável ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade (Egeland & Sroufe, 2004).

Têm sido realizados poucos estudos acerca da associação entre as representações da vinculação em adultos e as perturbações de ansiedade (Dozier, Stovall & Albus, 1999), mas os estudos publicados têm encontrado uma elevada prevalência de organizações preocupadas em pacientes diagnosticados com perturbações de ansiedade (Rosenstein & Horowitz, 1996; Fonagy et al., 1996), mas não os diferenciando de outras perturbações psicopatológicas. Tais estudos revelam, também, um maior número de indivíduos com o estatuto não-resolvido/desorganizado.

Recentemente, a relação entre a organização da vinculação com base na *AAI* e o desempenho em tarefas atencionais e de memória em indivíduos, com e sem perturbações de ansiedade, foi avaliada através de uma tarefa de Stroop emocional com condições de exposição subliminar e supraliminar, uma prova de evocação livre e um teste de reconhecimento; estas provas continham estímulos ameaçadores, neutros e positivos (van Emmichoven, van Ijzendoorn, De Ruiter, & Brosschot, 2003). Os sujeitos do grupo não-clínico com uma organização de vinculação insegura apresentaram uma inibição de resposta global na prova de Stroop. Os sujeitos do grupo clínico com organização segura demonstraram a maior interferência Stroop nas palavras ameaçadoras, quando comparados com os outros grupos. Na tarefa de evocação livre, os indivíduos com uma organização segura apresentaram melhores resultados em todos os tipos de estímulos. No grupo clínico, os participantes com organização segura apresentaram maior evocação de palavras ameaçadoras na prova de evocação livre, quando comparados com os sujeitos inseguros

No que diz respeito ao desenvolvimento de perturbações de personalidade, os estudos com recurso à *AAI* têm apontado para diferenças na organização da vinculação em diferentes perturbações do Eixo II. Assim, a



perturbação da personalidade borderline tem sido associada à representação preocupada e ao estatuto não-resolvido/desorganizado (Stalker & Davies, 1995; Fonagy et al., 1996; Barone, 2003). Num outro estudo, a perturbação da personalidade antissocial apareceu associada ao padrão desligado e ao estatuto não-resolvido e a insegurança da vinculação a relatos de comportamento criminoso e ao consumo de substâncias tóxicas no início da idade adulta (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996).

A relação que tem sido encontrada entre as perturbações dissociativas e o estatuto não-resolvido/desorganizado na *AAI* é compreensível tendo por base as dificuldades na monitorização do raciocínio ou do discurso em ambos os casos (Dozier, Stovall & Albus, 1999).

A investigação acerca das representações da vinculação e esquizofrenia tem vindo a revelar uma elevada proporção de indivíduos com classificação desligada (89%) e com estatuto não-resolvido/desorganizado (44%) (Tyrrell, Dozier, Teague & Fallot, 1999). No entanto, estes resultados deverão ser relativizados, pois a dificuldade em encontrar organizações autónomas em indivíduos com esquizofrenia é previsível, tendo em conta que a perturbação de pensamento pode ser responsável pelo discurso incoerente que apresentam (Dozier, Stovall & Albus, 1999).

### **Estudos com medidas de auto-relato**

A revisão dos estudos com medidas de auto-relato sobre a vinculação junto de grupos clínicos revela amostras de sujeitos com diferentes perturbações, incluindo toxicodependentes, agressores conjugais, perturbações de personalidade, perturbações psicóticas, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas. De seguida, apresentam-se sucintamente os estudos revistos, agrupados de acordo com a entidade clínica estudada.

Um conjunto de pacientes com perturbações de humor, de ansiedade, dependências químicas e outras perturbações foram avaliados no início do tratamento (psicoterapia, farmacoterapia ou ambos). Seis e doze meses depois voltaram a ser avaliados. Na primeira avaliação, a segurança da vinculação estava negativamente correlacionada com duas de quatro escalas sintomáticas de perturbações de personalidade. A vinculação segura estava associada a uma maior taxa de melhoria no funcionamento global e à diminuição da ansiedade após 6 meses (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, & Egan, 2001).

Um grupo de pacientes em ambulatório e um outro grupo em internamento por perturbações psiquiátricas agudas responderam ao questionário *Experiences in Close Relationships* (Brennan, Clark & Shaver, 1998) e ao Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3rd Edition (Millon, 1994). Deste grupo, apenas 10% foram classificados como seguros. Comparados com estes sujeitos, os inseguros relatavam níveis superiores de psicopatologia geral, principalmente em termos de perturbações de personalidade. Olhando apenas para os sujeitos inseguros, os preocupados tinham uma maior probabilidade de apresentar sintomas de personalidade borderline e os desligados maiores sintomas de perturbação de personalidade antisocial (Sibcy, 2001).

Num estudo com 3 grupos de indivíduos com agorafobia, com perturbação depressiva major e sem psicopatologia, avaliados com o *Attachment Style Questionnaire (ASQ)* (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), as dimensões da vinculação insegura associadas a necessidade de aprovação, preocupação com as relações e à percepção das relações como algo secundário, estavam associadas com a depressão, existindo um efeito mediador da auto-eficácia geral sobre a relação entre a necessidade de aprovação e a depressão. Associada ao comportamento agorafóbico apenas estava a dimensão de preocupação com as relações, com a mediação dos pensamentos catastróficos acerca das sensações corporais (Strodl & Noller, 2003).

Allen e colaboradores avaliaram os estilos de vinculação, utilizando o *Relationship Questionnaire* (Griffin & Bartholomew, 1994) e a *Adult Attachment Scale* (Collins & Read, 1990) junto de um grupo de mulheres internadas por perturbações psiquiátricas relacionadas com acontecimentos traumáticos e de um outro grupo de mulheres da comunidade. Foi encontrada uma correspondência modesta entre as duas medidas de auto-relato da vinculação e uma relação significativa entre os estilos de vinculação e o leque de relações de vinculação seguras. Os sujeitos no grupo clínico relataram uma proporção significativamente mais elevada de estilos de vinculação insegura e um baixo número de figuras de vinculação seguras (Allen et al., 2001).

Num estudo com toxicodependentes foi examinada a relação entre percepção da segurança da vinculação (*Adult Attachment Scale*, Collins & Read, 1990) e o ajustamento, a psicopatologia e os resultados da intervenção terapêutica. Os estilos de vinculação permitiram explicar melhor as diferenças no ajustamento do que uma medida compósita de duas escalas do MMPI-2 (Ansiedade e Psicastenia). Os sujeitos com vinculação segura apresentavam menos problemas e menos sintomas. A distribuição de padrões de vinculação nesta amostra de toxicodependentes apontava para um maior número de sujeitos evitantes (46%) e um menor número de sujeitos preocupados (11%), quando comparada com as distribuições habituais em amostras não-clínicas (Gardner, 1996).

Bender, Farber e Geller (2001) avaliaram os estilos de vinculação de um grupo de adultos com perturbações de personalidade. Os resultados indicaram que as dificuldades de vinculação estavam associadas a traços de personalidade do Cluster B (presentes nas perturbações de personalidade histriónica, narcisística, antisocial, *borderline* e passivo-agressiva), encontrando também diferenças nos estilos de vinculação entre os traços do Cluster A, B e C.

Uma análise de clusters da *Adult Attachment Scale - Revised* (Collins & Read, 1990) junto de indivíduos com diagnóstico de ansiedade social, revelou que estes sujeitos eram melhor representados por dois clusters de estilos de vinculação - ansioso e seguro. Os indivíduos do cluster de vinculação ansiosa apresentavam valores mais elevados de ansiedade social e de evitamento, maior severidade de sintomatologia depressiva e menor satisfação com a vida do que os membros do cluster seguro (Eng, Heimberg, Hart, Schneier, & Liebowitz, 2001).

Um estudo levado a cabo junto de jovens adultos do sexo masculino com sintomas de humor deprimido clinicamente significativos explorou as relações entre alexitimia, estilos de vinculação e memórias de sintomas de ansiedade de separação durante a infância. Os resultados indicaram que os traços de alexitimia eram mais elevados nos sujeitos com vinculação insegura e que relatavam maior número de sintomas de ansiedade de separação na infância, independentemente da severidade dos sintomas ansiosos e depressivos actuais. No subgrupo de sujeitos com vinculação insegura, o grupo dos preocupados apresentava uma maior prevalência de alexitimia do que o dos desligados (Troisi, D'Argenio, Peracchio, & Petti, 2001).

Whiffen, Kallos-Lilly e MacDonald (2001) examinaram a relação entre a vinculação e a depressão em casais cujas mulheres tinham diagnóstico de depressão e numa amostra de casais sem psicopatologia. As mulheres deprimidas relataram mais relações de vinculação ansiosa do que as mulheres da amostra normativa. Em geral, os maridos das mulheres deprimidas não tinham maior probabilidade de relatar uma vinculação insegura. No entanto, os maridos de mulheres com diagnóstico de depressão crónica relataram menos segurança de vinculação do que os maridos de mulheres com episódios discretos de depressão. Para além disso, a insegurança dos maridos predizia a manutenção dos sintomas depressivos das mulheres na avaliação de follow-up.

Para além da relação entre a vinculação e os Quadros psicopatológicos apresentados, um crescente número de pesquisas tem procurado analisar as perturbações do comportamento alimentar (PCA) à luz da teoria da vinculação. Tendo em conta a importância desse conjunto de perturbações para este trabalho, uma revisão da investigação acerca deste conjunto de perturbações será apresentada no capítulo seguinte.

Em suma, a literatura clínica sobre adolescentes e adultos tem apoiado a existência de associações entre insegurança da vinculação e psicopatologia. Contudo, em geral, os estudos permanecem ainda numa abordagem descritiva, sendo necessário avançar para análises mais compreensivas sobre os mecanismos e os processos envolvidos nas relações entre vinculação e psicopatologia (Soares & Dias, 2007). Do ponto de vista metodológico, os estudos sobre a relação entre a vinculação e a psicopatologia em adultos beneficiariam com a aproximação à abordagem seguida em estudos de natureza longitudinal, que têm contribuído de forma significativa para a compreensão de processos desenvolvimentais patológicos, nomeadamente no que diz respeito à multiplicidade e à robustez das medidas utilizadas – refira-se a este respeito a reduzida quantidade dos estudos revistos que recorrem à *AAI* para estudar a organização da vinculação – ao estudo de variáveis moderadoras e mediadoras, ao foco nos processos e não apenas nos resultados. Ainda no que diz respeito à metodologia, os estudos beneficiariam com a utilização de modelos estatísticos mais complexos, como as análises de equações estruturais, permitindo compreender melhor as relações entre as diferentes variáveis em interação. Relativamente às temáticas abordadas, apesar de alguns avanços nesse sentido (c.f. Strauss, 2000), ainda são escassos os estudos centrados nos contributos do estudo da vinculação para a intervenção psicoterapêutica. Finalmente, a contribuição da investigação acerca da etiopatogenia dos diferentes quadros psicopatológicos presentes na idade adulta (e.g.

perspectivas “transdiagnósticas”), que questiona a perspectiva redutora dos manuais de diagnóstico e classificação das perturbações mentais e propõe modelos mais abrangentes da psicopatologia, poderia ser tida em conta no estudo da relação entre dimensões da vinculação e a psicopatologia.

## **7. Vinculação e actividade psicofisiológica**

De acordo com a teoria da vinculação, o sentimento de segurança proporcionado pelo estabelecimento de laços afectivos no contexto de relações de vinculação desempenha um papel fundamental para a regulação das respostas emocionais dos indivíduos a estímulos internos e externos (Porges, Doussard-Roosevelt & Maiti, 1994). Bowlby (1973) considerava a vinculação um sistema de cariz psicobiológico, especialmente no que diz respeito às funções de regulação emocional. Especificamente, propôs a existência de dois níveis ou “anéis” de homeostase que auxiliam os indivíduos na resposta a stressores de menor ou maior dimensão. O “anel” interior é composto por sistemas biológicos de suporte de vida que governam a adaptação fisiológica às exigências externas. O “anel” exterior é constituído por estratégias comportamentais e, particularmente, interpessoais, para confronto e adaptação a essas exigências. Um estado óptimo de auto-regulação é conseguido pelo funcionamento integrado destes dois níveis.

A investigação realizada junto de animais e humanos tem vindo a demonstrar que os défices psicossociais manifestados pelos indivíduos marcados pela privação de cuidados na infância estão associados a alterações em múltiplos processos neurobiológicos que parecem ser “programados” durante os primeiros anos de vida, no âmbito de uma relação adequada de prestação de cuidados (c.f. Glaser, 2000; Shore, 1994). De acordo com os estudos realizados, a interacção precoce adequada entre a criança e a figura de

vinculação contribui para o desenvolvimento dos mecanismos de activação e desactivação dos sistemas de regulação de *stress* no córtex orbito-frontal que, por sua vez, constituem as bases para uma regulação emocional eficaz (Diamond & Hicks, 2004).

Um dos sistemas neuroendócrinos associados à reactividade ao *stress* é o mecanismo de síntese e libertação do factor libertador da corticotropina (FLC) a partir do hipotálamo, que demonstrou desempenhar um papel fundamental na mediação das respostas comportamentais, emocionais, autonómicas e endócrinas ao *stress* (Francis, Caldji, Champagne, Plotsky & Meaney, 1999; Meaney, 2001). As exigências ambientais são processadas no sistema nervoso central pelos centros neocortical e límbico e, em resposta, o hipotálamo liberta FLC e vasopressina na pituitária anterior, estimulando a síntese e libertação da adrenocorticotropina (ACTH) que, por sua vez, despoleta a libertação imediata de catecolaminas (epinefrina e norepinefrina) e a subsequente libertação de glucocorticóides adrenais (fundamentalmente, cortisol). As catecolaminas e glucocorticóides operam concertadamente aumentando os níveis de glucose plasmática e influenciando o tipo, magnitude e duração da resposta imunológica às exigências ambientais.

Assim que uma resposta neuroendócrina adequada for atingida, o aumento dos níveis de glucocorticóides acaba por inibir a síntese e libertação do FLC através de mecanismos de retroacção, ajudando a atenuar ou a suspender a activação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA). A investigação com animais indica que estes mecanismos de retroacção são substancialmente moldados pelas experiências sociais precoces. Experiências com ratos bebés demonstraram que o contacto físico (estabelecido pelos humanos no contexto de laboratório) está associado com uma diminuição da actividade do FLC induzida por *stress* e a um aumento da sensibilidade de feedback aos glucocorticóides, o que pode explicar a reduzida reactividade ao

*stress*, reduzida reactividade comportamental e níveis inferiores de medo demonstrados por ratos sujeitos a manipulação física por humanos (c.f. Meaney, 2001). De forma oposta, os ratos bebés que são repetidamente privados de contacto materno apresentam efeitos contrários a estes, os quais continuam a manifestar-se até à idade adulta (Plotsky & Meaney, 1993).

O eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) tem sido alvo de diversos estudos com animais e humanos que procuraram estudar o seu papel na reactividade ao *stress* e permitiram documentar as diferenças individuais no seu funcionamento bem a relação dessas diferenças individuais com medidas comportamentais e de auto-relato de regulação emocional (Kirschbaum, Prussner, Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz & Buss, 1996; Suomi, 1991). Indivíduos que apresentam níveis de cortisol elevados durante períodos de tempo prolongados, indicadores de uma exagerada reactividade do eixo HPA, demonstram pobres estratégias de *coping* através de experiências exageradas de afecto negativo (c.f. revisão de Scarpa e Raine, 1997). Por outro lado, os indivíduos que demonstram dificuldades na habituação do eixo HPA a uma administração repetida de stressores são caracterizados por baixa auto-estima, elevada introversão, elevado neuroticismo e múltiplas queixas físicas (Kirschbaum et al., 1995). As diferenças individuais na reactividade do eixo HPA têm demonstrado ter implicações na saúde física e psicológica dos indivíduos ao longo do desenvolvimento, nomeadamente degeneração neuronal no hipocampo, dificuldades de memória, atenção e raciocínio, problemas de funcionamento do sistema imunitário, risco aumentado de diversos problemas de saúde, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e cancro (cf. revisão de Diamond & Hicks, 2004). Tal como com o FLC, a actividade do eixo HPA, se bem que esteja determinada a parcial influência genética nas diferenças individuais encontradas, tem sido associada também à qualidade das experiências precoces com as figuras de prestação de cuidados. Por exemplo,



experiências de separação prolongada, como a separação materna em macacos rhesus ou perda de um dos pais em crianças humanas, estão associadas à hiper-reatividade do eixo HPA, que se mantêm durante a idade adulta (Suomi, 1991; Luecken, 1998). A investigação tem demonstrado também que níveis elevados de afecto físico e interacções calorosas entre crianças e figuras prestadoras de cuidados em situações de *stress* estão associados a perfis normais de actividade do eixo HPA; especificamente, ser classificado como seguro na situação estranha demonstrou estar relacionado com uma actividade atenuada do eixo HPA em resposta a desafios ambientais (Gunnar, Brodersen, Krueger & Rigatuso, 1996).

As diferentes respostas neuroendócrinas ao *stress* acima referidas são responsáveis pela activação dos dois ramos do sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático), produzindo as respostas de aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e de produção de suor características da reacção ao *stress*. Os sistemas nervosos simpático (SNS) e parassimpático (SNP) têm efeitos antagónicos no funcionamento autonómico, pelo que respostas de *stress* como a aceleração da frequência cardíaca podem ocorrer devido à activação do SNS, desactivação do SNP ou uma combinação de ambas. O equilíbrio específico do controlo do SNS e do SNP sobre o funcionamento cardiovascular varia de situação para situação (Bernston, Cacioppo & Fieldstone, 1996) e de pessoa para pessoa (Cacioppo, Uchino & Bernston, 1994). As respostas cardiovasculares ao *stress* mais associadas ao SNS do que ao SNP estão relacionadas com uma reactividade exagerada do eixo HPA (Cacioppo et al., 1995).

Respostas ao *stress* mais associadas ao SNP parecem ser mais rápidas, flexíveis e fáceis de suspender do que as respostas mais associadas ao funcionamento do SNS (Saul, 1990). Assim, o funcionamento robusto do SNP, também denominado "tónus vagal", tem sido encarado como um elemento-

chave no desenvolvimento de uma regulação emocional eficaz (Porges et al., 1994). A investigação com crianças demonstrou que níveis superiores de tónus vagal estão associados a uma maior capacidade para manter a atenção aos estímulos e evitar distrações (Porges, 1992) e níveis inferiores estão associados a dificuldades de controlo emocional (Fox, 1989) e uma elevada inibição comportamental (Snidman, 1989). Em adultos, a variabilidade cardíaca caracterizada por maior actividade vagal demonstrou, em diversos estudos, estar associada com respostas emocionais e comportamentais mais adequadas ao *stress* (Fabes & Eisenberg, 1997), enquanto que níveis inferiores estão associados com depressão, raiva, ansiedade generalizada e pânico (cf. revisões de Brosschot & Thayer, 1998; Friedman & Thayer, 1998; Horsten et al., 1999).

A teoria polivagal de Porges (1995) explica as origens dos processos regulatórios relacionados com o funcionamento autonómico, aos níveis neuroanatómico e filogenético. Nesta teoria, são apresentadas duas fontes de eferência ao coração, uma originada no núcleo dorsal motor e outra no núcleo ambíguo, e ambas terminando no nódulo Sinoauricular (SA). O núcleo dorsal motor controla o que Porges refere como o vago vegetativo, que medeia a actividade cardíaca reflexa, incluindo a desaceleração da frequência cardíaca associada com a resposta de orientação. Este ramo vagal é filogeneticamente mais antigo e presumivelmente tem raízes nas estratégias primárias de *coping* reptilianas, que paralisam quando se sentem ameaçados.

Em contraste, o ramo vagal que tem origem no núcleo ambíguo, é claramente mamífero e medeia a actividade cardíaca quando as exigências ambientais impõem a utilização de estratégias de *coping* extra-reptilianas. Depois de se orientarem, os mamíferos devem dirigir a atenção para com a ameaça ou seleccionar uma resposta de luta ou fuga. Direcção para a ameaça requer atenção sustentada, que é acompanhada por uma inibição da frequência cardíaca mediada pelo vago (e.g. Suess et al., 1994). Em

alternativa, lutar ou fugir são respostas acompanhadas por raiva ou pânico, respectivamente, o que é caracterizado pela interrupção quase completa da influência vagal e pela aceleração da frequência cardíaca mediada pelo SNS (George, Nutt, Walker, Porges, Adinoff & Linnoila, 1989). Deste modo, a associação entre uma experiência emocional intensa e a redução acentuada da influência vagal é funcional, facilitando o enorme fluxo de actividade metabólica em situações de perigo (Beauchaine, 2001).

Nos últimos anos, tem-se verificado um interesse crescente da comunidade científica no estudo das manifestações fisiológicas associadas à organização da vinculação, procurando compreender o papel do nível fisiológico na dimensão emocional da organização da vinculação. Na base de grande parte destes estudos encontra-se a relação entre os sistemas biológicos de regulação autonómica (responsáveis, entre outros, pela resposta aos stressores e à regulação emocional) e as diferenças individuais na organização do comportamento de vinculação.

Os primeiros estudos que procuraram conhecer os correlatos fisiológicos da organização da vinculação examinaram a resposta de frequência cardíaca manifestada por crianças avaliadas na Situação Estranha. Um dos estudos pioneiros realizados neste domínio foi conduzido por Sroufe e Waters (1977), que descreveram diversos estudos de caso realizados junto de crianças que estavam equipadas com um equipamento de telemetria, que enviava o sinal de ECG para um receptor à distância, permitindo-lhes movimentar-se no contexto laboratorial. Os resultados permitiram concluir que apesar de todas as crianças (classificadas como seguras, evitantes e ambivalentes) demonstrarem um aumento na frequência cardíaca durante os episódios de reunião, as seguras regressavam mais rapidamente aos níveis médios anteriores à separação do que as inseguras. Para além disso, eram evidentes as diferenças entre as crianças ambivalentes e as evitantes, sendo que as primeiras pediam para irem

para o chão antes da sua frequência cardíaca diminuir para os níveis anteriores à separação e as segundas demonstravam um aumento da frequência cardíaca desde o início da separação até quase ao final do episódio de reunião, apesar de não demonstrarem, do ponto de vista comportamental, sinais de perturbação associados à separação da figura de vinculação (Sroufe & Waters, 1977).

Os resultados deste estudo, comprovando a relevância da avaliação da actividade cardíaca para validar o procedimento laboratorial da Situação Estranha como sendo adequado para activar o sistema de vinculação, foram confirmados por estudos posteriores (Donovan & Leavitt, 1985; Soares et al., 1995, 1996; Soares, Silva, Costa & Cunha, 1999, Spangler & Grossmann, 1993).

Outro indicador fisiológico avaliado em estudos realizados com a Situação Estranha foi o nível de cortisol na saliva, um indicador da actividade do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA). Vários destes estudos têm encontrado uma relação entre o aumento do cortisol e dos níveis de *stress* na Situação Estranha (Gunnar, Mangelsdorf, Larson & Hertsgaard, 1989; Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz & Buss, 1996; Spangler & Grossmann, 1993). Para além disso, tem sido apontada por outros estudos neste domínio a existência de uma relação entre problemas nos cuidados parentais na infância e disfunções nos padrões de libertação circadianos do sistema HPA junto de crianças classificadas no grupo D – Desorganizadas/Desorientadas (Hertsgaard, Gunnar, Erickson & Naschimas, 1995; Spangler & Grossman, 1993).

Na sequência dos estudos em crianças, o interesse pelo estudo das relações entre a vinculação e variáveis psicofisiológicas alargou-se à idade adulta. Esta linha de investigação, utilizando a *AAI* como situação activadora do sistema de vinculação, iniciou-se com um estudo inovador levado a cabo por Dozier e Kobak (1992). Nesse estudo, 50 estudantes universitários foram entrevistados com a *AAI* enquanto era monitorizada a sua condutância da pele.

Os resultados do estudo apontaram para uma relação entre a utilização de uma estratégia de desactivação e aumentos nos níveis médios de condutância da pele, em relação à linha de base, durante a resposta a questões sobre experiências de separação, rejeição e ameaça. Os resultados foram lidos pelos autores à luz da teoria de aprendizagem de Gray (1975) e dos contributos posteriores de Fowles (1980), que propuseram a existência de dois componentes antagonistas do sistema de activação – inibição comportamental e activação comportamental – que estariam relacionados com diferentes modalidades de funcionamento do sistema nervoso autónomo. Nesta perspectiva, a activação comportamental estaria associada à actividade cardíaca – frequência cardíaca – e a inibição comportamental à actividade electrodérmica – condutância da pele (Fowles, 1980). O facto de os resultados indicarem uma associação entre a desactivação da vinculação e os aumentos na condutância da pele foi interpretado como um indicador da predominância do sistema de inibição comportamental neste tipo de estratégia secundária da vinculação (Dozier & Kobak, 1992). Tal associação apontava para uma fragilidade da estratégia de desactivação, já apontada por Main (1990) – apesar dos esforços dos sujeitos para minimizarem os aspectos negativos da sua infância e a importância das relações precoces, eram evidentes os sinais de *distress* fisiológico e de activação quando confrontados com essas temáticas.

Roisman, Tsai e Chiang (2004) replicaram o estudo de Dozier e Kobak, alargando a recolha de sinais fisiológicos à actividade cardíaca, permitindo testar a hipótese de que a estratégia de desactivação não estaria associada à frequência cardíaca, comprovando o papel diferenciador da actividade electrodérmica na inibição comportamental. Os resultados deste estudo, realizado junto de 60 estudantes universitários, 30 dos quais de origem chinesa, confirmou a presença de uma relação específica entre a estratégia de

desactivação e aumentos na actividade electrodérmica, não sendo encontrada qualquer relação com as variáveis cardíacas recolhidas.

Mais recentemente, Roisman (2007) desenvolveu um estudo junto de 80 casais onde procurou examinar os perfis psicofisiológicos de adultos que utilizaram estratégias seguras (versus inseguras) e de desactivação (versus de hiperactivação), avaliadas com a *AAI*, durante um episódio no qual conversavam com os seus parceiros sobre áreas de desacordo. De uma forma geral, o estudo permitiu encontrar relações significativas entre o uso de estratégias de desactivação na *AAI* e aumentos da condutância da pele durante o episódio de discussão com o parceiro, entre o uso de estratégias de hiperactivação na mesma entrevista e aumentos na frequência cardíaca na situação de interacção. Para além disso, a segurança da vinculação estava associada a menores aumentos na condutância da pele em relação à linha de base na interacção com o parceiro.

Em Portugal, Soares e colaboradores (2002) apresentaram os resultados de um estudo preliminar realizado junto de pacientes com diagnóstico de perturbações alimentares<sup>6</sup>, utilizando a versão portuguesa da *AAI*, acompanhada do registo síncrono de sinais psicofisiológicos – condutância da pele e frequência cardíaca. Os resultados deste estudo, com quatro sujeitos, permitiram levantar a hipótese de que existiria um paralelismo entre as organizações da vinculação e as respostas fisiológicas – ao nível da condutância da pele e da frequência cardíaca – durante a *AAI*. Assim, o sujeito com uma organização segura demonstrou uma diminuição da frequência cardíaca (indicando estar orientado para a tarefa), sem indicações de activação (condutância da pele). Por outro lado, os sujeitos com uma organização desligada demonstraram, tal como no estudo de Dozier & Kobak (1992), uma

---

<sup>6</sup> Estes sujeitos fazem parte da amostra do estudo aqui apresentado.

forte activação simpática; no entanto, esta activação era acompanhada pela diminuição da frequência cardíaca, como no sujeito seguro. Finalmente, no sujeito com uma organização preocupada, os indicadores psicofisiológicos apontavam para uma crescente activação simpática e uma resposta defensiva ao longo da entrevista (Soares et al., 2002)

Embora tratando-se de estudos de caso, o referido estudo preliminar trouxe contributos inovadores ao domínio da investigação sobre correlatos fisiológicos da vinculação por diversas razões. Em primeiro lugar, o recurso a um inovador sistema multimédia de recolha e análise de dados permitiu explorar análises de séries temporais de duas medidas fisiológicas em simultâneo. Em segundo lugar, tratou-se do primeiro estudo deste género em grupos clínicos, abrindo caminho à investigação sobre psicofisiologia e vinculação em populações com psicopatologia, permitindo avanços na exploração da vertente emocional da organização da vinculação nestas populações. Finalmente, os resultados obtidos ao nível da resposta cardíaca ao longo da *AAI* permitiram levantar questões sobre a relevância desta medida, em contraste com as afirmações de Dozier e Kobak (1992), que sustentavam a relação específica da actividade electrodérmica com as estratégias secundárias de vinculação.

Em síntese, o estudo dos processos fisiológicos relacionados com a vinculação é bastante recente, tendo no entanto contribuído para a validação de alguns dos constructos da teoria da vinculação. A noção de estratégias secundárias, como a desactivação do sistema de vinculação durante a realização de tarefas activadoras do mesmo, foi empiricamente validada em estudos com medidas do funcionamento autonómico (Donovan & Leavitt, 1985; Soares et al., 1995, 1996; Soares, Silva, Costa & Cunha, 1999, Spangler & Grossmann, 1993; Dozier & Kobak, 1992; Roisman et al., 2004; Roisman, 2007; Soares et al., 2002). Especificamente, onde uma leitura mais superficial dos

comportamentos de crianças na Situação Estranha ou do discurso de adultos na *AAI* poderia indicar a presença de uma organização segura – na Situação Estranha, o comportamento das crianças classificadas como evitantes caracteriza-se por uma aparente despreocupação relativamente à saída da mãe durante os episódios de separação e por uma continuidade do comportamento de exploração; na *AAI*, o discurso de adultos classificados como desligados é frequentemente marcado por apreciações positivas das experiências na relação com os pais na infância, esperadas num sujeito com uma organização segura – os dados provenientes destes estudos vieram demonstrar a existência de sinais de insegurança ou activação inconsistentes com a manifestação comportamental (Donovan & Leavitt, 1985; Soares et al., 1995, 1996; Soares, Silva, Costa & Cunha, 1999, Spangler & Grossmann, 1993) ou discursiva dos sujeitos (Dozier & Kobak, 1992; Roisman et al., 2004; Roisman, 2007; Soares et al., 2002). O conceito de desorganização da vinculação recebeu também suporte empírico com a realização de estudos com recolha de sinais biológicos que demonstraram a existência de sinais de desregulação dos sistemas de resposta ao *stress* em indivíduos sujeitos a experiências traumáticas (Hertsgaard, Gunnar, Erickson & Naschimas, 1995; Spangler & Grossman, 1993).

Apesar de promissor, o conhecimento do papel de variáveis de natureza psicofisiológica na organização da vinculação é ainda limitado, em primeiro lugar, pelo escasso número de estudos realizados, o que diminui a robustez das conclusões apresentadas pelos investigadores e a reduzida replicação dos resultados em diferentes amostras. Em segundo lugar, o estudo simultâneo de diferentes tipos de medidas fisiológicas é ainda escasso, porventura devido às dificuldades técnicas associadas à medição de variáveis psicofisiológicas durante a realização de tarefas de avaliação da vinculação, que levantam também problemas de fidelidade dos dados obtidos (por exemplo, o número de



artefactos aumenta significativamente quando existem movimentos corporais, que são, por seu lado, inevitáveis durante a realização da Situação Estranha).

No que diz respeito aos estudos realizados com a *AAI*, não foram ainda exploradas as relações entre as variáveis de natureza fisiológica e a organização da vinculação em sujeitos de grupos clínicos, o que permitiria complexificar o conhecimento do papel da vinculação no desenvolvimento e na manifestação da psicopatologia em adultos. Neste sentido, o nosso estudo irá procurar examinar, no decurso da *AAI*, as relações entre a qualidade da organização discursiva e narrativa sobre as experiências de vinculação e a actividade cardíaca e a resposta galvânica da pele, num grupo de pacientes com perturbações do comportamento alimentar. Para tal, o próximo capítulo apresenta uma perspectiva desenvolvimental e interpessoal sobre as perturbações do comportamento alimentar, constituindo o pano de fundo da investigação empírica que será apresentada na segunda parte desta dissertação.

UMA PERSPECTIVA SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE VINCULAÇÃO,  
PSICOPATOLOGIA E PSICOFISIOLOGIA

## CAPÍTULO II

# UMA PERSPECTIVA SOBRE A VINCULAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

No capítulo que ora se inicia é apresentada uma caracterização clínica das Perturbações do Comportamento Alimentar e as principais linhas teóricas e de investigação acerca do desenvolvimento destas perturbações. Finalmente, efectua-se uma revisão da literatura relativa à relação entre a vinculação e estas organizações psicopatológicas.

### **1. Perturbações do Comportamento Alimentar: caracterização clínica**

Nos últimos anos, o aumento da prevalência das perturbações do comportamento alimentar tem vindo a suscitar o interesse da comunidade científica em estudar este conjunto de perturbações, principalmente pelo carácter de gravidade clínica que geralmente apresentam, bem como pela existência de factores de ordem familiar e do *self* relacionados com a etiologia destes quadros. As perturbações do comportamento alimentar incluem a anorexia nervosa (com dois sub-tipos: tipo restritivo e tipo ingestão compulsiva/purgativo), a bulimia nervosa (também com dois sub-tipos: tipo purgativo e tipo não purgativo) e as perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação (APA, 2002).

Segundo Fairburn e Harrison (2003) o diagnóstico de uma perturbação do comportamento alimentar implica que (1) existe uma perturbação clara ao nível dos hábitos alimentares ou dos comportamentos para controlo do peso; (2) esta perturbação se reflecte num disfuncionamento clinicamente

significativo no funcionamento psicológico ou da saúde física; (3) esta perturbação comportamental não é secundária a outra condição médica geral ou psiquiátrica. Habitualmente, as pessoas diagnosticadas com anorexia e bulimia nervosa efectuem uma auto-avaliação quase exclusivamente em termos do seu peso, forma corporal e capacidade de controlo sobre a alimentação, constituindo sintomas comuns a insatisfação com a imagem corporal, distorção da imagem corporal e um medo intenso de ganhar peso (Garfinkel, 1995, 2002).

Apesar de existir discussão em torno da classificação das perturbações do comportamento alimentar (ver Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000), existe razoável consenso em torno da classificação proposta na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais – DSM-IV (APA, 2002), onde são distinguidas três categorias diagnósticas – anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (PCASOE).

De acordo com o DSM-IV, os critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa são a recusa em manter um peso corporal minimamente normal para a idade e altura (Critério A), o medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo(a) mesmo quando muito magro(a) (Critério B), perturbação na apreciação do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou de negação da gravidade do grande emagrecimento actual (Critério C) e, nas raparigas após a menarca, a amenorreia (Critério D). O sub-tipo restritivo é caracterizado pelo facto da pessoa não recorrer a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes e o sub-tipo ingestão compulsiva/purgativo caracteriza-se pelo facto da pessoa demonstrar comportamentos bulímicos ou purgativos.

De acordo com o DSM-IV, a bulimia nervosa tem como primeiro critério o facto da pessoa manifestar episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, sendo que um episódio é caracterizado pelos dois critérios

seguintes: comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até duas horas), uma grande quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas normais comeriam num período de tempo semelhante e sob as mesmas circunstâncias; sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos (Critério A). O critério B consiste na manifestação de comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo. O critério C é caracterizado pela ingestão compulsiva de alimentos e os alimentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 2 vezes por semana em três meses consecutivos. O quarto critério (D) refere que a auto-avaliação está indelevelmente associada ao peso e formas corporais. Finalmente, segundo o critério E, a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa. O sub-tipo purgativo distingue-se pelo facto de durante o episódio actual de BN a pessoa induzir regularmente o vómito ou utilizar laxantes, diuréticos ou enemas. O sub-tipo não purgativo é caracterizado por, durante o episódio actual de BN, a pessoa recorrer a outros comportamentos compensatórios inapropriados, tal como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz vómito ou usa laxantes, diuréticos ou enemas (APA, 2002).

Para além das duas grandes categorias já descritas, diversos autores têm referido a importância de outras categorias nosológicas dentro das Perturbações do Comportamento Alimentar, habitualmente referidas como Perturbações do Comportamento Alimentar Atípicas (Fairburn & Harrison, 2003). No DSM-IV estas perturbações são agregadas numa única categoria que recebe a designação de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE). A maior especificidade que se verifica na apresentação

da categoria PCASOE, no DSM-IV, sugere que possam existir subgrupos distintos dentro desta categoria, destacando-se o grupo dos casos próximos da anorexia nervosa ou da bulimia nervosa, mas que não apresentam todos os seus critérios de diagnóstico – também referidos como síndromas parciais – e o grupo dos casos que apresentam um quadro clínico qualitativamente diferente desses síndromas principais (Fairburn & Walsh, 1995). Neste segundo grupo enquadram-se diversas situações tais como as de pessoas que monitorizam constantemente o seu peso e praticam dietas permanentemente, levando habitualmente uma vida muito restritiva, uma vez que não são capazes de comer normalmente, e a reagir de forma adversa a aumentos naturais de peso, como por exemplo, o aumento natural do peso quando associado com a gravidez.

Um outro tipo de perturbações deste género tem recebido maior atenção e refere-se à perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Fairburn & Walsh, 1995). Esta categoria destaca-se no DSM-IV como diagnóstico no apêndice dedicado às “Propostas de Categorias Diagnósticas Que Necessitam de Estudo”. As principais características clínicas da perturbação de ingestão alimentar compulsiva são a existência de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, sem haver uma tendência habitual de sobre-ingestão, a falta de auto-controlo na alimentação e o desconforto ou preocupação associados aos episódios de ingestão compulsiva. Conceptualmente, esta síndrome é semelhante à bulimia nervosa, havendo muitos pontos de contacto em termos das suas características psicopatológicas, embora não seja clara a forma como estas duas perturbações alimentares estão relacionadas (Mizes & Sloan, 1998; Fairburn & Harrison, 2003). A distinção entre estas duas perturbações consiste na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados para o controlo do peso e no menor grau de sintomatologia depressiva e de preocupação com o peso e a forma corporal na perturbação de ingestão alimentar compulsiva,

comparativamente com a bulimia nervosa. Para além disso, parecem existir diferenças entre estas duas perturbações em termos da sua distribuição: a perturbação de ingestão alimentar compulsiva parece atingir mais directamente um grupo de pessoas numa faixa etária mais velha e afecta uma proporção mais significativa de homens do que as pessoas que apresentam a bulimia nervosa (Barry, Grilo & Masheb, 2002).

Existe controvérsia entre os autores acerca da diferenciação diagnóstica das PCA, tendo sido proposta recentemente uma abordagem transdiagnóstica destas perturbações, fruto da existência de problemas com as categorias até aqui empregues na classificação destes quadros clínicos (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Uma das razões apontadas para a emergência desta nova abordagem tem a ver com a reduzida capacidade da classificação tradicional em representar adequadamente o número de casos que são alvo de atenção clínica – utilizando as categorias diagnósticas presentes, por exemplo, no DSM-IV, a maioria dos indivíduos com uma PCA pertence à categoria supostamente residual, a denominada Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE).

Outro argumento a favor da abordagem transdiagnóstica refere-se à frequente migração dos indivíduos pelas diferentes perturbações do comportamento alimentar, sendo relatado na literatura que cerca de metade dos pacientes com AN que desenvolvem um quadro de ingestão alimentar compulsiva vêm depois a desenvolver bulimia nervosa e que aproximadamente um quarto dos sujeitos com bulimia já teve um diagnóstico de anorexia (Fairburn & Harrison, 2003). Finalmente, e como reflexo da constatação empírica da migração entre categorias, não sendo habitual uma migração para outras perturbações psicopatológicas, Fairburn, Cooper e Shafran (2003) propõem a existência de mecanismos comuns às PCA associados à sua persistência. Esta nova proposta de diagnóstico encara então as PCA como um

quadro psicopatológico que, embora apresentando diferentes manifestações, contempla aspectos centrais que a distinguem de outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente a sobre-avaliação que os sujeitos fazem da forma corporal e do peso. Segundo estes autores, o que distingue os indivíduos com PCA é o facto de julgarem a sua auto-estima fundamentalmente em função do peso ou da forma corporal e da sua percepção de capacidade para os controlar. Outros mecanismos que contribuem para a manutenção de todas as perturbações alimentares são, de acordo com estes autores, o perfeccionismo clínico, a reduzida auto-estima de base, a intolerância emocional e as dificuldades interpessoais<sup>7</sup> (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Os valores da prevalência e da incidência das perturbações do comportamento alimentar referidos na literatura evidenciam que estas perturbações são cada vez mais frequentes, especialmente nas mulheres jovens, de países ocidentais e de etnia branca (Pawluck & Gorey, 1998; Garfinkel, 1995; Hoek, 1993). De acordo com estudos recentes de revisão da literatura epidemiológica das PCA, a prevalência da anorexia nervosa em jovens do sexo feminino situa-se cerca dos 0.7%, enquanto que a prevalência da bulimia nervosa se encontra aproximadamente em 2% (Hsu, 1996; Fairburn & Harrison, 2003). Relativamente às perturbações do comportamento alimentar atípicas existem menos dados que indiquem a sua incidência e prevalência. No entanto, os dados existentes apontam para que a perturbação de ingestão alimentar compulsiva seja mais comum do que a anorexia nervosa e mesmo a bulimia nervosa (Sptizer et al., 1992), sendo também referido que as formas sub-clínicas das perturbações do comportamento alimentar são cinco vezes

---

<sup>7</sup> Tradução de "clinical perfectionism", "core low *self*-esteem", "mood intolerance" e "interpersonal difficulties".



mais comuns em adolescentes do sexo feminino do que os quadros clínicos destas perturbações (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann & Wakeling, 1988).

Os estudos de cariz epidemiológico que têm sido realizados em Portugal, apesar de serem escassos e se basearem sobretudo em populações de estudantes, demonstram uma prevalência bastante considerável deste tipo de perturbações entre as mulheres jovens e adolescentes (ver Carmo et al. 1996; Gonçalves, 1998; Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, no prelo).

## **2. Etiopatogenia das perturbações do comportamento alimentar**

Os elevados valores de prevalência e incidência, bem como a complexidade destas perturbações em termos da sua etiologia, apresentação clínica e tratamento têm vindo a chamar a atenção dos investigadores, verificando-se um incremento significativo no número de estudos sobre a etiopatogenia das PCA ao longo dos últimos 10 anos (Yates, 1989; Garfinkel, Garner & Goldbloo, 1987; Cooper, 1995). Uma das mais consensuais conclusões a que têm chegado estes autores aponta para a necessidade de se criarem modelos teóricos explicativos multidimensionais ou multifactoriais, uma vez que a diversidade e complexidade de factores socioculturais, psicológicos e biológicos assim o justifica.

Poucos modelos teóricos oferecem actualmente uma base conceptual que integre os vários factores que contribuem para a emergência das perturbações do comportamento alimentar, de uma forma compreensiva e de acordo com uma perspectiva desenvolvimental, apesar de há muito as PCA terem sido associadas aos processos de desenvolvimento na adolescência (Attie, Brooks-Gunn & Peterson, 1990). De facto, para além de se mostrarem fortemente relacionadas com o contexto sociocultural e familiar, estas

perturbações parecem estar claramente associadas às mudanças biológicas e psicossociais que ocorrem durante a adolescência (Pinto-Gouveia, 2000).

Fairburn & Harrison (2003) sistematizaram os principais factores de risco encontrados em estudos baseados em amostras comunitárias, de design caso-controlo para a anorexia nervosa e bulimia nervosa (e.g. Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999), distinguindo entre factores gerais e factores específicos individuais. Como factores de risco gerais, os autores referem o facto de ser do sexo feminino, ser adolescente ou jovem adulto e viver numa sociedade ocidental. Os factores de risco individuais podem ser divididos em três categorias: história familiar, experiências pré-mórbidas e características pré-mórbidas. Como principais factores da história familiar os estudos têm apontado para a importância da história diversas perturbações noutros elementos da família, incluindo perturbações do comportamento alimentar, depressão, abuso de substâncias, incluindo álcool e obesidade, sendo que estas duas últimas condições têm sido apenas associadas ao desenvolvimento de bulimia nervosa. As experiências pré-mórbidas associadas ao desenvolvimento de AN e BN são a experiência de dificuldades na relação com os pais durante o crescimento – especialmente pouco contacto com os pais, elevadas expectativas parentais e discórdia entre os pais, ter vivenciado abuso sexual, a realização de dietas familiares, ter sido alvo de comentários críticos acerca da alimentação, forma corporal ou peso por parte de membros da família ou de outros e ter sentido pressão para ser magra, quer por razões ocupacionais ou por razões recreativas. Como características pré-mórbidas, têm sido salientadas como relevantes para o desenvolvimento de AN e de BN a baixa auto-estima, o elevado perfeccionismo – principalmente relativamente à AN – ansiedade, obesidade – relativamente à BN – e a menarca precoce – relativamente à BN.

Importa salientar que, para além de toda a investigação em torno de factores de risco psicossociais, existe um crescente desenvolvimento de estudos de cariz biomédico, centrando-se nomeadamente no impacto que factores de ordem genética têm no desenvolvimento de PCA. Estes estudos têm indicado existir um forte peso de factores genéticos nestas perturbações, particularmente na AN, embora ainda não seja clara a relação entre estes factores e os factores de cariz ambiental (para uma revisão actualizada destes estudos, ver Fairburn & Harrison, 2003).

### **3. Desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: Perspectivas interpessoais**

Conforme referido, a etiopatogenia das perturbações do comportamento alimentar não é ainda conhecida na sua plenitude, embora seja consensual a necessidade de recorrer a uma leitura multifactorial, integrando dimensões de natureza individual (biológica e psicológica), familiar e sócio-cultural (Cooper, 1985; Gonçalves, 2004). Assumindo que o presente trabalho procura debruçar-se sobre o contributo da vinculação para a compreensão da etiopatogenia e dos factores de manutenção das PCA, apresentam-se de seguida alguns dos principais modelos teóricos que procuram compreender o desenvolvimento destas perturbações dando ênfase ao contexto de desenvolvimento relacional dos indivíduos.

#### **Perspectivas psicodinâmica e familiar-sistémica**

Apesar de historicamente ser referida a importância dos factores familiares no surgimento e curso das perturbações do comportamento alimentar (e.g. Laségue, 1873; Gull, 1874; Ryle, 1936), só a partir dos anos 70 do século XX têm sido apresentados mais sistematicamente os contributos de

diversos autores no sentido de examinar estas perturbações do ponto de vista familiar, destacando-se fundamentalmente H. Bruch (1973; 1974), na linha da teoria das relações objectais e Palazzoli (1974) e Minuchin e colaboradores (1978), de orientação sistémica.

Hilde Bruch (1973) apresentou uma leitura inovadora da influência das relações familiares, especificamente de dificuldades na interacção mãe-filha, no desenvolvimento das PCA. Para esta autora, o que caracteriza a relação mãe-filha com PCA na infância é a imposição, por parte da mãe, do seu conceito de necessidades infantis, impedindo a diferenciação dos impulsos e necessidades da criança, contribuindo isso para o desenvolvimento de um sentimento de ineficácia na filha e de uma incapacidade para progressivamente se separar da relação com a mãe. Como Swift e Stern (1982) afirmam, ao sistematizarem a formulação de Bruch para a etiopatogenia das PCA, a filha (a) demonstra incapacidade para desenvolver autonomia em relação às figuras parentais, fruto da elevada intrusividade parental e de um controlo excessivo; (b) elabora um "falso *self*", demasiado socializado e altamente complacente, como uma defesa em relação ao impacto parental; (c) desenvolve uma elevada vulnerabilidade do ego, que se manifesta durante a adolescência perante as exigências desenvolvimentais deste período.

Para Palazzoli (1974), na génese da AN está uma relação patológica entre a criança e uma mãe não responsiva, intrusiva e emocionalmente exigente. Esta relação tem como consequência a internalização, por parte da criança, de que a principal função dos cuidados maternos é o controlo. Durante a adolescência, a anoréctica passa a ter que lidar com as exigências internas de autonomia associadas às mudanças corporais da puberdade e aos crescentes desejos libidinais, o que se torna difícil pela identificação com as suas experiências precoces de cuidados maternos. Assim, a ansiedade sentida pelas exigências libidinais e pela maturidade psicológica que estas representam é

regulada através do controlo do desenvolvimento físico, emagrecendo. O sintoma anoréctico apresenta, assim, três funções: a) a paciente trata o corpo como seu, investindo nele com *cathexis* libidinal, de modo a "retê-lo" como um "objecto bom"; b) mantém o corpo no exterior do *self*, evitando a depressão, tendo em vista "evitá-lo" como um "objecto mau"; c) mantém o corpo desperto, para "controlar" o corpo como "objecto mau".

Para além desta perspectiva, Palazzoli (1974) apresenta um conjunto de proposições de cariz sistémico mais centradas no funcionamento familiar das pacientes com AN, propondo um modelo do processo anoréctico na família. Este modelo enfatiza os problemas de comunicação e de evitamento de responsabilidades e os elevados níveis de discordância conjugal que apontam para o facto dos elementos da família rejeitarem as mensagens enviadas pelos outros membros, não permitindo clarificar as diferenças e resolver os conflitos. A consequência destes problemas de comunicação é a realização de coligações secretas por parte da paciente com diferentes membros da família.

Num desenvolvimento desta perspectiva sistémica, trabalhos mais recentes da autora apresentam um processo que reconstitui a história familiar até ao surgimento dos sintomas (Palazzoli & Viaro, 1988). Este processo evolui em seis fases do denominado "jogo familiar": a primeira fase é caracterizada pelo conflito conjugal; a segunda fase é marcada pelo início do envolvimento da futura anoréctica no jogo parental, passando pelo estabelecimento de uma relação privilegiada com a mãe ou com o pai; na terceira fase, já na adolescência, a futura paciente passa a encarar o pai de forma bruscamente diferente; na quarta fase, a angústia relacional conduz a adolescente a iniciar a dieta; a quinta fase é marcada pela impossibilidade manifestada pelo pai de se manter aliado à filha, o que causa sentimentos de desilusão e ressentimento, que são acompanhados pela maior restrição alimentar da paciente; finalmente, a sexta fase é marcada pela percepção de poder que a anoréctica tem acerca

do sintoma no seio da família, utilizando-o de forma a alcançar o estatuto ilusório que teve durante a infância e a pré-adolescência.

Minuchin e colaboradores (1978), trazendo a discussão em torno do desenvolvimento da AN para o contexto de uma análise de causalidade circular, característica da perspectiva sistémica, propõem que os sintomas desta perturbação têm um carácter psicossomático e que emergem no seio de um tipo de funcionamento familiar específico. Para estes autores, a “família anoréctica” é caracterizada pela aglutinação, sobreprotecção, evitamento de conflito e pela co-indução da filha anoréctica para alianças destrutivas com um dos pais. Os sintomas têm uma função de manutenção da homeostase dentro destas famílias, concentrando-se a atenção familiar na paciente, o que conduz à maximização da sintomatologia e ao desenvolvimento de sentimentos de fraqueza e de incompetência o que, por sua vez, faz aumentar as suas exigências e o controlo e protecção por parte dos familiares. Nesta perspectiva, estas famílias manifestam uma “paradoxalidade importante: cada um por todos e todos por um, nem que seja à custa do sofrimento de um (e/ou de todos), ou mesmo da sua exclusão ou desaparecimento” (Relvas, 2000, p.93).

Para além de se debruçarem sobre a etiopatogenia da AN, os teóricos sistémicos também se têm dedicado a procurar explicar a bulimia nervosa à luz dos pressupostos familiares-sistémicos, desde que esta perturbação foi descrita, nos finais dos anos 70 do século XX. Inicialmente, as formulações propostas para a BN partiram do pressuposto que esta perturbação, à semelhança da AN, tinha uma função estabilizadora na família (Terenó, 2003).

Posteriormente, um conjunto de autores sistémicos alargaram a perspectiva de Minuchin sobre a AN, propondo que as famílias das pacientes com bulimia nervosa apresentam um maior isolamento do que as famílias das anorécticas, resultado de uma hiperconsciência face à aparência física e da influência de factores culturais e de costumes transgeracionais (Schwartz,

Barret & Saba, 1985). Os factores de índole transgeracional foram também referidos por Root, Fallon e Friedrich (1986), salientando a existência, nas famílias de pacientes bulímicas, de problemas nas fronteiras individuais e subsistémicas, um foco excessivo no peso e na aparência física e um desequilíbrio na distribuição do poder familiar. Outros modelos centram-se na relação entre as mudanças associadas à menarca e as pressões culturais sobre a imagem corporal feminina (Dolan, Lieberman, Evans & Lacey, 1990) ou na descrição das famílias das bulímicas como “caóticas”, evidenciando um forte nível de conflito, baixa coesão e falta de cuidados parentais (Schmidt, Humfress & Treasure, 1997).

### **Modelo construtivista desenvolvimental de Guidano e Liotti**

Um dos modelos teóricos que procura explicar os processos de desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar à luz da Teoria da Vinculação é o modelo construtivista desenvolvimental de Guidano e Liotti (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991). O modelo proposto parte de uma perspectiva desenvolvimental, integrando os aspectos orgânicos, psicológicos, relacionais e ambientais do *self* associados ao surgimento, curso e manutenção das PCA (Pinho, 2000).

O modelo de Guidano e Liotti fornece uma leitura compreensiva dos processos de conhecimento humano, a partir da qual emerge uma explicação do desenvolvimento da psicopatologia, enquadrando também uma componente desenvolvimental o que, de acordo com Gonçalves (1989), constitui o “ponto de transição” do paradigma construtivista para o paradigma do construtivismo desenvolvimental. Na origem da psicopatologia estão, de acordo com este modelo, esquemas cognitivos disfuncionais, cujas raízes se encontram nas relações interpessoais precoces e na história dos acontecimentos interpessoais e emocionais que se sucedem durante a vida dos indivíduos (Guidano, 1991).

Guidano e Liotti (1983) e Guidano (1987, 1991) distinguem quatro trajetórias de desenvolvimento diferentes, correspondentes a quatro organizações de significado: a depressiva, a obsessiva-compulsiva, a fóbica e a relativa às perturbações alimentares. No indivíduo, cada uma destas organizações corresponde a um conjunto de cenas nucleares desenvolvidas precocemente, as quais deram origem a categorias básicas de significado pessoal que, através da abstracção reflexiva na adolescência, fornecem uma estruturação da realidade confirmadora da avaliação já existente de si e do mundo.

No que diz respeito à organização relativa às PCA, Guidano (1991) afirma que normalmente, o estilo de prestação de cuidados apresentado pelos pais destes indivíduos pode ser caracterizado por ambiguidade, indefinição e contradição. Para este autor, se estes pais se mostram completamente dedicados ao bem-estar e à criação dos seus filhos, o seu comportamento parental demonstra que estão mais preocupados em obter uma confirmação desta imagem pelos outros, do que propriamente satisfazerem as necessidades concretas de carinho e suporte emocional dos seus filhos. O mesmo padrão de funcionamento fora já referido por Palazzoli (1978) ao constatar que as mães dos indivíduos com PCA, apesar de serem muito preocupadas com a criança, não retiram qualquer prazer dos cuidados maternos, prevalecendo o auto-controlo sobre o carinho e a ternura. Este comportamento de inatenção selectiva por parte da mãe aos sinais transmitidos pela criança resulta numa interferência na harmonia da interacção mãe-criança desde as fases precoces da relação.

Segundo Guidano e Liotti (1983) e Guidano (1987, 1991), a consequência mais marcante de tal padrão de prestação de cuidados ao nível do auto-conhecimento é o desenvolvimento de um sentido invasivo de desconfiança relativamente à capacidade dos indivíduos para reconhecerem e



descodificarem os seus estados internos, o que conduz a um sentido de *self* pouco claro. A desregulação do ritmo desenvolvimental e as estratégias parentais intrusivas, entre outros factores, interferem com a emergente percepção do indivíduo ser uma entidade distinta de outra pessoa, só se tornando possível para a criança alcançar o auto-reconhecimento e um padrão razoavelmente estável de auto-percepção através de um relacionamento emaranhado com a figura de vinculação (Guidano, 1991).

Com a chegada à adolescência – e consequente maturação das competências cognitivas reflexivas, incluindo uma tomada de perspectiva conceptual mais abstracta das relações – ocorre uma mudança da imagem parental, fazendo surgir novamente uma experiência imediata confusa perturbando a aquisição de um sentido de *self* estável (Guidano 1991). Nos indivíduos com PCA, este período desenvolvimental é normalmente acompanhado por uma forte experiência de desilusão relativamente à figura de vinculação preferida, quase sempre o pai (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991), o que é percebido como uma ameaça à sua própria identidade, uma vez que é ainda desta figura de vinculação que são retirados os sentimentos que definem a sua imagem pessoal. Apesar da mudança, o relacionamento emaranhado com uma figura significativa continua a ser a principal estratégia para a obtenção de uma auto-imagem definida, tornando-se difícil para o indivíduo encontrar parceiros de confiança sem arriscar mais eventuais desapontamentos relacionais (Guidano 1991).

Numa situação desenvolvimental caracterizada por uma pobre diferenciação entre o *self* e os outros, Guidano (1991) descreve a diferenciação do *self* da seguinte forma. Em relação à organização do "I" – ou o *self* que vive a experiência imediata – a desregulação dos ritmos precoces, acompanhada por um padrão relativamente indiferenciado de modulação psicofisiológica, conduz a uma experiência dolorosa e confusa do *self*, que oscila constantemente

entre a experiência do reconhecimento de que os seus estados internos são delimitados a partir do exterior e a experiência de que a definição da modulação emocional é delimitada internamente. Na primeira, o sentido de individualidade alcançado é caracterizado por um sentimento de ineficácia pessoal, ao passo que na segunda o sentido de individualidade, percebido como mais forte, aparece à mistura com um sentimento de vazio e auto-descrença. Assim, os sentimentos de ineficácia e de vazio, continuamente despoletados pelas oscilações na vivência do *self*, tornam-se os ingredientes principais do "I" emergente e, à medida que a atenção da criança se harmoniza selectivamente com as pistas fornecidas pelo contexto interpessoal, este processo poderá conduzir a uma sobrevalorização e uma confiança excessiva nas estruturas de referência externas.

Relativamente à definição do "Me", Guidano (1991) afirma que as experiências imediatas do indivíduo são reordenadas num sentido de *self* definido de acordo com pontos de referência externos, sendo que o reconhecimento do *self* é coincidente com as expectativas da figura de vinculação e o perfil do "Me" reflectido numa auto-imagem adequada a tais expectativas. Assim, a única forma de definir um sentido de *self* autónomo dos julgamentos dos outros passa pelo desenvolvimento do perfeccionismo e as tentativas em alcançar essa perfeição tornam-se a forma mais fiável de atingir um nível aceitável de auto-estima e de valorização pessoal.

A qualidade da avaliação da desilusão protótipo define a orientação da atribuição causal (i.e., interna vs. externa) que irá prevalecer: se esta avaliação for vivenciada como o resultado da sua própria actividade, prevalecerá uma orientação de atribuição causal externa; se, pelo contrário, esta avaliação for experienciada como resultado de uma coacção no sentido de se adaptar a um acontecimento demasiado perturbador ou doloroso, prevalecerá uma orientação de atribuição causal interna (Guidano 1991). Quando a atribuição causal é de

orientação externa, a percepção que o "Me" tem em relação aos outros é que são falsos e intrusivos, procurando lutar contra isso através de atitudes positivas, controladas e auto-suficientes para manter os sentimentos de ineficácia e vazio a níveis aceitáveis. De acordo com Guidano (1991) este estilo atribucional, que envolve padrões corporais e motores mais activos, pode levar a perturbações próximas da anorexia. Se a atribuição causal é interna, o "Me" procura restringir o efeito perturbador das desconfirmações esperadas atribuindo-as a traços específicos e concretos do *self*. O estilo atribucional referido, envolvendo padrões corporais e motores mais passivos, parece conduzir, por sua vez, a perturbações próximas da bulimia e da obesidade.

Assim, a partir da adolescência, o "I", confuso e oscilante, é reordenado numa auto-imagem na qual a competência e o valor pessoal estão dependentes do equilíbrio que o indivíduo foi capaz de estabelecer entre a necessidade absoluta de aprovação por parte dos outros e o medo da intrusão e da decepção nas relações significativas (Guidano, 1991). O indivíduo com PCA, aderindo a padrões estandardizados e ao senso comum, faz emergir uma imagem do *self* de confiança e valor devido à percepção de capacidade de manipular a opinião dos outros em seu favor. Por outro lado, ao evitar a auto-exposição e a auto-confrontação é capaz de recuperar a individualidade e as delimitações impostas pelos outros na sua auto-imagem, devido à sua percepção de capacidade de controlar a intrusividade e dissimulação levada a cabo pelos outros, o que evita que surjam desconfirmações da sua auto-imagem.

A alimentação e o comportamento motor surgem, neste contexto de oscilação do "Me" relativamente ao "I", como actividades distractivas, evitando que os sentimentos de vazio e ineficácia se tornem conscientes e a possibilidade de ter uma imagem corporal não aceitável surge como o principal modo de desencadear estes sentimentos de vazio e ineficácia, devido ao papel

que os aspectos formais e estéticos desempenham numa “coerência de aparência”. O padrão anoréctico, que tem como principal característica o facto de ser mais activo, luta contra esta imagem de fracasso controlando em excesso os impulsos biológicos, enquanto que o padrão obeso, procurando circunscrever um fracasso esperado, tende a desistir da luta (Guidano, 1991).

Do ponto de vista relacional, os indivíduos com PCA procuram relações que lhes permitam obter sentimentos de eficácia e de valorização pessoal, procurando ao mesmo tempo minimizar qualquer possibilidade de desilusão que possa acarretar uma desconfirmação pessoal. Na maioria das situações, no entanto, perante a improbabilidade de conseguir este tipo de garantia, emerge um estilo afectivo marcado pela ambiguidade, indefinição e teste constante ao outro, cuja consequência é normalmente a crítica e a desilusão que os indivíduos pretendem evitar. Assim, a direcção desenvolvimental do significado pessoal das perturbações do comportamento alimentar caminha no sentido de uma progressiva demarcação relativamente aos outros, acompanhada da consequente relativização dessas outras pessoas e fazendo-se corresponder por um crescente sentido de individualidade e de autonomia pessoal (Guidano, 1991).

#### **4. Perturbações do comportamento alimentar e vinculação**

Recentemente, um crescente conjunto de estudos tem procurado estudar as perturbações do comportamento alimentar (PCA) à luz dos construtos da teoria da vinculação. Dois artigos de revisão da literatura editados nos finais dos anos 90 do século XX reuniram a maioria dos estudos realizados neste âmbito (O’Kearney, 1996; Ward, Ramsey & Treasure, 2000). Tendo em conta o carácter mais recente do último, apresenta-se de seguida uma síntese desta revisão.

As autoras deste artigo iniciam por referir que desde a revisão efectuada por O’Kearney (1996) tem-se verificado um crescendo na publicação de estudos sobre esta temática, tendo sido publicados mais estudos nos quatro anos que medeiam as duas revisões do que durante todo o período anterior. As autoras optaram por cingir a sua revisão a estudos realizados junto de populações clínicas, tendo constatado que, de uma forma geral, a maioria dos estudos revela a existência de perturbações dos processos de vinculação nas populações com PCA (Ward et al., 2000). De entre os resultados encontrados, as autoras concluem que o padrão de vinculação inseguro é comum nas pacientes com PCA, consistentemente com a literatura clínica mais antiga sobre o impacto das relações familiares precoces nas PCA, nomeadamente as conceptualizações teóricas de Bruch (1974). Para além disso, as autoras concluíram não ser clara a associação específica entre padrões específicos de vinculação e subtipos específicos de PCA, hipótese que se tinham proposto avaliar, embora salientem os resultados obtidos por Candelori e Ciocca (1998), que apontavam para uma associação entre a organização desligada e a anorexia e a organização preocupada e a bulimia nervosa.

Nesta revisão da literatura as autoras apontam um conjunto de limitações aos estudos avaliados, salientando problemas na terminologia utilizada – uso de expressões diferentes para a referência a constructos iguais ou o contrário – e na metodologia de investigação – diferenças na composição das amostras, incluindo as faixas etárias avaliadas, nos métodos de diagnóstico das PCA e na utilização de questionários de auto-relato e dificuldades no controlo da desejabilidade social (Ward et al., 2000).

Apresentam-se de seguida alguns dos estudos referidos na revisão da literatura acima descrita. Num desses estudos, foi estudada a relação entre a vinculação parental e os sintomas das perturbações alimentares numa amostra de mulheres com PCA que se encontravam internadas (n=68) e numa amostra

de mulheres estudantes universitárias (n=162). Quando comparadas com as mulheres com PCA, as estudantes universitárias descreveram-se a si próprias como tendo um tipo de vinculação mais segura relativamente aos pais e apresentavam níveis inferiores de peso e de preocupação com dietas, comportamentos bulímicos e sentimentos de ineficácia. As análises realizadas com o total da amostra indicam que a presença de uma relação parental afectivamente positiva e emocionalmente apoiante, conjuntamente com a promoção da autonomia pelos pais, está inversamente relacionada com a preocupação com o peso, o comportamento bulímico e os sentimentos de ineficácia (Kenny & Hart, 1992).

Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Matoon, Target e Gerber (1996) estudaram a relação entre a organização da vinculação e o estatuto psiquiátrico de 82 pacientes não-psicóticos em regime de internamento, tendo como grupo de controlo 85 pacientes com diferentes perturbações, mas que se encontravam em regime de ambulatório. A *AAI* foi administrada a ambos os grupos, tendo sido acrescentada uma escala adicional (*Reflective Self-Functioning [RSF]*), que procurava avaliar a objectividade da representação mental que o indivíduo tinha dos estados mentais dos outros, bem como do seu próprio estado mental. Cerca de 17% (N=14) dos pacientes internados tinham diagnóstico de PCA. Desses 14 sujeitos, um foi classificado como seguro/autónimo em relação à vinculação, 9 eram preocupados e 4 eram desligados. Das 14 pacientes, 13 foram classificadas com a categoria U/D (estatuto não-resolvido ou desorganizado), relativamente a experiências de perda ou abuso. Os resultados relativos apenas aos pacientes com diagnóstico de PCA apresentavam uma associação positiva com a escala de idealização das figuras de vinculação, e valores baixos de auto-funcionamento reflectivo (RSF). Os autores referem que a idealização dos pais reflecte a observação clínica de que os pacientes com PCA são perfeccionistas, e que as perturbações

alimentares podem ter surgido dos padrões elevados de exigência que podem ser aplicados também aos pais. Os resultados sugeriram ainda que os indivíduos classificados como desligados na *AAI* tendiam a apresentar mais melhorias na psicoterapia do que os preocupados e os seguros, pelo menos até ao momento da alta.

Friedberg e Lyddon (1996), por sua vez, usaram o modelo de vinculação de K. Bartholomew, que propõe quatro protótipos – seguro, preocupado, desligado e ansioso – para testar a noção de V. Guidano (1987) de que a organização cognitiva pessoal dos indivíduos com desordens de alimentação é caracterizada por um modelo dinâmico de vinculação emaranhado ou preocupado. Os resultados demonstraram que as dimensões de vinculação preocupada e segura de Bartholomew discriminavam significativamente uma amostra clínica de sujeitos com desordens de alimentação (n=17) de uma amostra de sujeitos normais (n=27).

Candelori e Ciocca (1998) usaram uma versão adaptada da *AAI* à população adolescente (Candelori & Tambelli, 1992) para estudarem uma amostra de 36 pacientes com PCA, que se encontravam internadas numa clínica especializada no tratamento destas perturbações, apresentando idades compreendidas entre os 13 e os 24 anos. Em termos de diagnóstico, 12 das participantes apresentavam anorexia nervosa do tipo restritivo, 12 apresentavam anorexia nervosa do tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo e as restantes 12 pacientes apresentavam bulimia nervosa. Ward e colaboradores (2000) analisaram os dados apresentados neste estudo de forma a obter os valores correspondentes às classificações da *AAI*, tendo encontrado os seguintes resultados: 9 (25%) das pacientes eram desligadas, 6 (16.7%) eram seguras, 15 (41.7%) eram preocupadas, 1 (2.8%) foi classificada com a categoria U (estatuto não-resolvido ou desorganizado) e 5 (13.9%) foram classificadas com a categoria CC (não classificáveis). A partir do cruzamento

entre o diagnóstico das participantes e as suas classificações na *AAI*, Candelori e Ciocca (1998) constataram que as anorécticas do tipo restritivo tendiam a pertencer ao sub-grupo das desligadas, enquanto que as bulímicas tendiam a pertencer ao subgrupo das preocupadas. No que diz respeito às anorécticas do tipo ingestão compulsiva/ tipo purgativo tendiam a pertencer ao subgrupo das preocupadas ou ao subgrupo das não classificáveis (categoria CC).

Cole-Detke & Kobak (1996) estudaram as estratégias e a organização da vinculação em 61 estudantes universitárias com níveis elevados e baixos de sintomatologia depressiva e relativa às PCA. Os resultados obtidos revelaram que 62% das participantes que não apresentam qualquer perturbação foram classificadas como seguras. Por outro lado, 76% das participantes que relatavam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva ou relativa a PCA foram classificadas como desligadas ou preocupadas. De entre as participantes que apresentavam sintomatologia, as que relatavam apenas sintomas relativos a PCA eram predominantemente desligadas (67%), enquanto que as que relatavam apenas sintomas depressivos eram predominantemente preocupadas (43%). As participantes que apresentavam níveis mais elevados de sintomatologia relativa a ambas as perturbações eram predominantemente preocupadas (53%).

Os autores verificaram ainda que, relativamente às estratégias de vinculação, os sintomas depressivos estavam fortemente associados com uma estratégia de hiperactivação quando a sintomatologia relativa às PCA se encontrava estatisticamente controlada, e que os sintomas relativos às PCA estavam associados com estratégias de desactivação, quando as tendências depressivas eram estatisticamente controladas (Cole-Detke & Kobak, 1996).

Um outro tipo de análise, recorrendo à construção de mega-itens, com base no Attachment Q-Sort de Kobak (1993) indicou, por sua vez, que os mega-itens que descreviam componentes relativos às estratégias de vinculação



também se relacionavam de forma diferente com os sintomas relativos à depressão e às PCA. Os autores verificaram, então, que os sintomas depressivos estavam associados apenas com a expressão de raiva para com os pais, um processamento de informação relativo à vinculação excessivo e uma apresentação do *self* como magoado, ao passo que os sintomas relacionados com as PCA estavam associados unicamente com a negação ou minimização da raiva para com os pais e uma tendência para um processamento de informação relativa à vinculação restrito. Ambos os tipos de sintomatologia se associavam com uma falta de confiança nas relações. Para além disso, enquanto que os participantes que apresentavam sintomas depressivos revelaram uma inesperada tendência para apresentarem níveis elevados de cooperação e insight na entrevista, os que apresentavam sintomas relativos a PCA associavam-se unicamente com uma falta de cooperação e de insight na entrevista. Os mega-itens que descreviam aspectos dos modelos internos dinâmicos referentes aos pais estavam também associados de forma diferenciada com o tipo de sintomas expressos, sendo que as tendências depressivas associavam-se apenas com mães emocionalmente indisponíveis, infelizes e incompetentes, em que os participantes tinham normalmente um papel de prestação de cuidados dentro da família; por seu lado, as tendências relativas às PCA associavam-se unicamente com pais emocionalmente indisponíveis, irritados e críticos face às suas filhas (Cole-Detke & Kobak, 1996).

As potenciais implicações clínicas que estes resultados demonstram, de acordo com os autores, são relevantes, tendo em conta que as mulheres com PCA apresentam-se clinicamente diferenciadas, dependendo de terem ou não sintomatologia depressiva associada: quando as participantes apresentam estes dois tipos de sintomatologia, simultaneamente, as suas estratégias de vinculação são de hiperactivação e a sua sintomatologia revela níveis mais elevados de gravidade. No geral, contudo, os autores concluem que os seus

resultados suportam a hipótese inicial de que diferentes estratégias secundárias ou defensivas de vinculação predispõem os indivíduos a diferentes formas de expressão de sintomas: as estudantes com estratégias de hiperactivação apresentam tendência para reportarem níveis elevados de sintomatologia depressiva, enquanto que as estudantes que apresentam estratégias de desactivação tinham tendência a apresentar níveis elevados de sintomatologia relativa a PCA. Os autores referem ainda que a teoria da vinculação suporta esta relação entre a estratégia de desactivação e os sintomas das PCA, na medida em que este tipo de estratégias se desenvolvem quando os modelos que estes indivíduos têm dos pais os levam a concluir que a probabilidade de terem o acesso aos pais é baixa. Consequentemente, estes indivíduos deixam de investir na vinculação e redireccionam a sua atenção para outros objectivos que lhes permitam obter resultados mais satisfatórios, como por exemplo, no caso da PCA, o aspecto físico. O modelo interno dinâmico do pai como emocionalmente indisponível e altamente crítico, por sua vez, mostra-se também consistente com estratégia de desactivação, na medida em que tais indivíduos concluem que a probabilidade de obterem suporte nestas relações é muito baixa. Por isto, estes indivíduos desviam a sua atenção para as questões da aparência de forma a tornarem o *self* mais aceitável (Cole-Detke & Kobak, 1996).

Com o objectivo de actualizar a informação acerca do estudo da relação entre a vinculação e as PCA, procedeu-se a uma revisão de estudos realizados após a revisão de Ward e cols., entre 2000 e 2007. A pesquisa foi realizada recorrendo a bases de dados da área da psicologia e da medicina (PsycInfo, PsychArticles e Medline). Dos artigos revistos, dezanove recorreram a amostras da população não-clínica, fundamentalmente estudantes universitários, e treze têm por base pacientes com diagnóstico de PCA.

Dos dezanove estudos realizados junto de amostras da população não-clínica, dezassete encontraram uma associação entre a insegurança da vinculação – medida através de instrumentos de auto-relato sobre a percepção de estilos de vinculação romântica e da relação de vinculação com os pais e com os pares – e a sintomatologia de PCA. Especificamente, foi encontrada uma associação entre a insegurança da vinculação (e dimensões associadas, tais como sobreprotecção materna e paterna, percepção de desconfiança e abuso na relação com o pai) e a presença de comportamentos bulímicos (Allen, 2001; Bowman, 2000; Evans & Wertheim, 2005; Goldberg, 2002; Meyer & Gillins, 2004; Suldo & Sandberg, 2000), a maior sintomatologia geral de PCA (Campion, 2001; Eggert, Levensky & Klump, 2007; Gelven, 2003; Gutzwiller, Kiang & Harter, 2006; Oliver & Katz, 2003; Melcher, 2004; Okine, 2000; Pakier, 2003; Turner, Rose & Cooper, 2005), a maior insatisfação com a imagem corporal ou o peso (Goldberg, 2002; Lein, 2000; Schmitz-Sciborski, 2001) e o impulso para emagrecer (Goldberg, 2002; Suldo & Sandberg, 2000). Dois dos estudos revistos não encontraram relações significativas entre as variáveis da vinculação avaliadas e a sintomatologia alimentar (Deluca, 2000; Sive-Ramirez, 2001).

Dos treze estudos realizados junto de amostras da população clínica, doze exploraram as diferenças entre grupos (amostras de sujeitos com BN, AN ou diagnóstico geral de PCA, sem discriminação de categorias diagnósticas e grupos de comparação provenientes quer da população geral, quer da população clínica com outro tipo de perturbação psicopatológica) e variáveis relacionadas com a vinculação, medidas através do mesmo tipo de instrumentos de auto-relato referidos nos estudos com sujeitos da população não-clínica. O último estudo revisto recorreu à *AAI*, cotada segundo o método dinâmico-maturacional de Crittenden (1995, 1997, 2002), para avaliar diferenças entre pacientes com diagnóstico de AN, BN e AN com BN (Ringer &

Crittenden, 2007). Todos os estudos referem diferenças entre grupos no que diz respeito à vinculação, sendo encontrados níveis mais elevados de insegurança nos grupos clínicos (Broberg, Hjalmer & Nevonen, 2001, Evans, 2003; Hochdorf, Latzer & Canetti, 2005; Lehoux, 2001; Leung, Thomas & Waller, 2000; Noe, 2001; Orzolek-Kronner, 2002; Ringen & Crittenden, 2007; Steins, Albrecht & Stolzenburg, 2002; Tasca, Kowal, Balfour, Ritchie, Virley & Bissada, 2006; Troisi & Massaroni, 2005; Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, Di Pasquale & Siracusano, 2006).

Quatro dos estudos revistos procuraram examinar as diferenças entre sujeitos com diferentes categorias diagnósticas de PCA: um dos estudos aponta para uma associação específica entre a percepção de níveis baixos de cuidados parentais e a presença de crenças centrais negativas em sujeitos com diagnóstico de AN, comparativamente com sujeitos com BN (Leung, Thomas & Waller, 2000); um segundo estudo evidencia uma maior proporção de indivíduos com padrões de vinculação amedrontado e preocupado no grupo de sujeitos com BN e de mais indivíduos classificados como desligados no grupo de sujeitos com diagnóstico de AN (Noe, 2001); um terceiro estudo refere que valores mais elevados de evitamento funcionaram como preditores do abandono do tratamento em pacientes diagnosticados com AN, tipo ingestão compulsiva/purgativo, o mesmo não acontecendo no grupo de pacientes com AN, tipo restritivo (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie & Balfour, 2004); finalmente, o quarto estudo encontrou diferenças entre os três sub-grupos de pacientes avaliados, tendo concluído que a anorexia restritiva estava associada à prestação compulsiva de cuidados e idealização, a bulimia a níveis elevados de desânimo agressivo, por vezes com idealização dos pais e a anorexia, tipo ingestão compulsiva/purgativo à presença de comportamentos punitivos e sedutores (Ringer & Crittenden, 2007).

Importa salientar que tanto os estudos com amostras clínicas como com amostras não-clínicas exploraram a influência de outras variáveis na relação entre a vinculação e as PCA. Assim, variáveis individuais – avaliação negativa do *self*, o *stress* (Campion, 2001), estilos de *coping* (Gelven, 2003), depressão (Gutzwiller, Oliver & Katz, 2003), crenças desajustadas (Leung, Thomas & Waller, 2000; Meyer & Gillings, 2004), culpabilidade (Orzolek-Kronner, 2002), esquemas de culpa e dependência (Turner et al., 2005), neuroticismo (Eggert et al., 2007), relação com a morte (Hochdorf et al., 2005), afecto negativo (Tasca et al., 2006) e níveis de sintomatologia de ansiedade social na infância (Troisi & Massaroni, 2005; Troisi et al. 2006) – e variáveis sociais – ideal de beleza ou padrões sociais de aparência (Campion, 2001; Goldberg, 2002; Kiang & Harter, 2006; Schmitz-Sciborski, 2001), pressão para a dieta (Gelven, 2003) – foram associadas à relação entre a vinculação e a patologia alimentar.

Os quadros seguintes sistematizam a informação relativa aos dois grupos de estudos revistos: estudos com amostras não-clínicas e estudos com amostra de pacientes com PCA (cf. Soares, Dias, Machado & Klein, no prelo).

**Quadro 1: Síntese dos estudos realizados junto de amostras da população não-clínica**

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Allen, 2001	198 estudantes universitárias	Auto-relato (vinculação com pais)	A combinação do tipo de vinculação com a regulação sensorial era significativamente preditora de diversos comportamentos associados a um baixo controlo de impulsos, incluindo comportamento bulímico.

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Bowman, 2000	144 estudantes universitários de ambos os sexos	Auto-relato (PBI)	3 variáveis (percepção de sobreprotecção materna, insatisfação com o corpo e impulso para emagrecer) apresentaram relações significativas nas mulheres. Os sentimentos de inadequação, depressão, ansiedade, falta de controlo, alienação, falta de autonomia em relação à mãe e tendência para evitar relações pessoais estavam associados à bulimia. Os resultados também indicaram que a população de estudantes universitários do sexo masculino pode estar em risco elevado para o desenvolvimento de PCA pelo facto de terem falta de manifestação de emoções ou de sensações físicas relacionadas com a fome e a saciedade.
Campion, 2001	325 estudantes universitárias	Auto-relato (estilo de vinculação)	A avaliação negativa do <i>self</i> , os níveis de <i>stress</i> e os padrões sócio-culturais de magreza tinham um efeito directo sobre a sintomatologia de PCA. O estilo de vinculação e o <i>stress</i> tinham influências indirectas sobre esta sintomatologia.
DeLuca, 2000	141 estudantes universitárias	Auto-relato (estilo de vinculação)	Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre sintomas de PCA, estilos de vinculação e sexualidade.
Eggert, Levendosky & Klump, 2007	85 mulheres	Auto-relato (AAS)	O neuroticismo e a extraversão funcionam como mediadores entre o estilo de vinculação inseguro-resistente e a sintomatologia de PCA.
Evans & Wertheim, 2005	221 mulheres da comunidade (55 com sintomas bulímicos, 42 com sintomas bulímicos sub-clínicos, 44 com sintomas depressivos e 80 sem sintomatologia)	Auto relato (ECR)	As mulheres com sintomatologia de PCA e de depressão apresentaram valores significativamente mais elevados de insegurança na relação com os parceiros e referiram a existência de mais sentimentos negativos em relação aos mesmos, quando comparadas com as mulheres sem sintomatologia.

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Gelven, 2003	231 estudantes universitárias	Auto-relato (IPPA)	Associação entre a vinculação e os padrões alimentares, que não era mediada quer pelo estilo de <i>coping</i> ou pela pressão para a dieta. A insegurança da vinculação, o estilo de <i>coping</i> e a pressão para a dieta eram responsáveis por variâncias únicas nos padrões alimentares dos sujeitos.
Goldberg, 2002	145 estudantes universitárias judias ortodoxas	Auto-relato (vinculação com pais)	Os resultados suportaram parcialmente as hipóteses de que os factores familiares (percepção de vinculação com os pais e separação) e socioculturais (ideal de supermulher e ideal cultural de beleza) prediziam a insatisfação com o corpo, sintomatologia bulímica e impulso para emagrecer.
Gutzwiller, Oliver & Katz, 2003	306 estudantes universitárias	Auto-relato (vinculação com pai)	A depressão estava directamente associada à severidade da disfunção alimentar, sendo encontrados níveis clínicos de depressão no grupo de sujeitos com sintomas de PCA. Após controlar o peso da depressão, os 3 grupos diferenciaram-se significativamente de acordo com 3 facetas da vinculação ao pai.
Kiang & Harter, 2006	146 estudantes universitárias do sexo feminino	Auto-relato (versão adaptada do ECR)	Estilos de vinculação evitante e ansioso em relação à mãe, ao pai e ao parceiro romântico prediziam os correlatos psicológicos das PCA, aumentando o risco de diagnóstico dessas perturbações. Vinculação evitante apresentava maiores efeitos do que a vinculação ansiosa.

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Lein, 2000	145 pré-adolescentes do sexo feminino (4º e 5º anos de escolaridade)	Auto-relato (PAQ)	As participantes classificadas como inseguras tinham um nível mais elevado de preocupações com o peso do que as seguras, sendo mais importante o peso da relação de vinculação com a mãe para esta relação. As raparigas que percepcionavam os pais como tendo elevadas expectativas relativamente ao controlo de peso das filhas tinham também níveis mais elevados de preocupações com o peso, mas as expectativas do pai eram mais determinantes nesta relação.
Melcher, 2004	87 jovens adultas, as suas mães e os seus pais	Auto-relato (PAQ)	Não foi encontrada uma relação significativa entre a sintomatologia de PCA e as variáveis da vinculação na relação mãe-filha. Na relação entre as adolescentes e os pais, as jovens com maiores níveis de sintomatologia percepcionavam uma pior qualidade da vinculação.
Meyer & Gillins, 2004	102 adultas	Auto-relato (PBI)	As crenças de desconfiança/ abuso demonstraram ter um papel mediador na relação entre sobreprotecção paterna e a severidade de comportamentos bulímicos.
Okine, 2000	280 estudantes universitários de ambos os sexos	Auto-relato (vinculação com pais)	A percepção de dependência estava correlacionada e era preditora de sintomatologia de PCA, tanto para homens como para mulheres. Níveis elevados de sintomatologia estavam associados a maior insegurança de vinculação aos pares nas mulheres e com uma percepção de menor reciprocidade nas relações nos homens.
Pakier, 2003	146 estudantes do 9º ao 12º ano de ambos os sexos	Auto-relato (PBI)	Foi encontrada uma correlação negativa entre as escalas de cuidado materno e cuidado paterno do PBI e as sub-escalas do EDI, tanto em sujeitos do sexo masculino como do sexo feminino e uma correlação positiva entre a sobreprotecção materna e paterna e as sub-escalas do EDI



<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Schmitz-Scioborski, 2001	183 mulheres dos 20 aos 35 anos	Auto-relato (AHQ)	Os resultados indicaram uma relação negativa entre a percepção de segurança da vinculação e as preocupações com a forma corporal. Para além disso, as mulheres que relataram maior internalização dos padrões sociais de aparência também relataram níveis superiores de preocupação com a forma corporal.
Sive-Ramirez, 2001	63 estudantes universitárias	Auto-relato (IPPA)	Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de dieta de alto risco, risco moderado ou baixo risco em termos de vinculação insegura, ao contrário das hipóteses iniciais.
Suldo & Sandberg, 2000	169 estudantes universitárias	Auto-relato (RQ)	Os resultados da escala de vinculação preocupada estavam positivamente correlacionados com os sintomas de impulso para emagrecer e bulimia do EDI
Turner, Rose & Cooper, 2005	367 estudantes adolescentes do sexo feminino	Auto-relato (PBI)	A relação entre os resultados no PBI e a sintomatologia de PCA era mediada por dois esquemas – defeituosidade/culpa e dependência/incompetência.

**Quadro 2: Síntese dos estudos realizados junto de amostras da população clínica**

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Broberg, Hjalmsers & Nevonen, 2001	145 mulheres com PCA e 315 controlos	Auto-relato (RQ)	Foi encontrada uma relação entre os sintomas de PCA, vinculação insegura e problemas interpessoais em sujeitos com PCA, extendendo essa relação às mulheres da população não-clínica que relataram terem tido anteriormente problemas alimentares. Para além disso, o tipo de perturbações alimentares estava relacionado com os resultados das sub-escalas psicológicas do EDI-2.

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Evans, 2003	5 sujeitos com AN e 5 com padrões alimentares normais	Auto-relato (PBI e IPPA)	O sujeitos com AN relataram ter uma mãe dominante, 4 dos quais referindo uma relação de vinculação "excessiva" e uma luta ambivalente pela autonomia e um pai silencioso e inexpressivo, 4 dos quais considerados ausentes ou indisponíveis. Comparativamente com os sujeitos normais, os com AN obtiveram valores inferiores nas escalas de confiança e de comunicação, tanto com os pais como com os pares. De uma forma geral, as anorécticas apresentavam um nível de culpa internalizada significativamente mais elevado do que os sujeitos normais.
Hochdorf, Latzer, Canetti & Bachar, 2005	34 mulheres com AN, 34 com BN e 37 controlos	Auto-relato (AAS)	As mulheres com PCA apresentavam níveis de insegurança significativamente mais elevados do que as mulheres do grupo de controlo, apresentando também níveis mais elevados de repulsa em relação à vida, num questionário sobre a relação com a morte.
Lehoux, 2001	40 bulímicas e 40 irmãs sem PCA	Auto-relato (vinculação com o pai)	As participantes bulímicas demonstraram níveis superiores de vinculação insegura com o pai quando comparadas com as irmãs sem patologia alimentar.
Leung, Thomas & Waller, 2000	30 mulheres com AN, 27 com BN e 23 controlos	Auto-relato (PBI)	Foram encontradas diferenças significativas entre os 3 grupos na percepção do vínculo afectivo aos pais, sendo a associação entre o vínculo afectivo e as crenças centrais muito mais forte no grupo de pacientes com AN do que nas com BN e do que no grupo de controlo. Especificamente, a percepção de níveis baixos de cuidados parentais predizia a presença de determinadas crenças centrais negativas em mulheres com AN.

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Noe, 2001	Mulheres com AN e mulheres com BN	Auto-relato (RQ)	As mulheres com PCA foram significativamente mais classificadas com vinculação insegura, quando comparadas com sujeitos sem PCA. Para além disso, as mulheres no grupo de BN tinham mais frequentemente a classificação de vinculação medrosa ou preocupada do que as do grupo com AN ou sem patologia. O grupo de mulheres com AN, apesar de não haver significância estatística, estava mais associado ao padrão desligado.
Orzolek-Kronner, 2002	44 adolescentes com PCA, 28 controlos clínicos e 36 controlos não-clínicos	Auto-relato (IPPA e PAQ)	Os 2 grupos clínicos demonstraram uma percepção inferior da qualidade da vinculação em comparação com o grupo não-clínico. Para além disso, o grupo com PCA demonstrou maior nível de auto-culpabilização, não se encontrando diferenças no que diz respeito à culpa de separação.
Ringer & Crittenden, 2007	62 mulheres com PCA (19 com ANR, 26 com BN e 17 com AN/ICP)	<i>AAI</i> , cotada de acordo com o método dinâmico-maturacional	A totalidade das pacientes foi classificada como insegura. Foram encontradas diferenças entre os três sub-grupos de pacientes ao nível das estratégias de vinculação utilizadas.
Steins, Albrecht & Stolzenburg, 2002	51 mulheres com PCA e 34 controlos	Auto-relato (estilo de vinculação)	As mulheres com PCA eram significativamente mais classificadas como ambivalentes do que os sujeitos do grupo de controlo.
Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie & Balfour, 2004	30 mulheres com AN (tipo restritivo) e 44 com AN (tipo purgativo)	Auto-relato (AQS)	Valores mais elevados de evitamento foram preditores do abandono do tratamento hospitalar em pacientes com AN tipo purgativo; a mesma relação não foi encontrada no grupo com AN tipo restritivo.
Tasca, Kowal, Balfour, Ritchie, Virley & Bissada, 2006	268 mulheres com PCA	Auto-relato (ASQ)	Estilos de vinculação inseguros relacionam-se com valores elevados de afecto negativo, que pode conduzir à restrição alimentar em mulheres com PCA.

<b>Referência</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de avaliação da Vinculação</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Troisi & Massaroni, 2005	78 mulheres com PCA e 64 controlos	Auto-relato (ASQ)	As mulheres com PCA relataram sintomas mais severos de ansiedade de separação durante a infância e apresentaram maiores valores de insegurança no ASQ do que as mulheres do grupo de controlo.
Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, Di Pasquale & Siracusano, 2006	96 mulheres com PCA (31 com AN e 65 com BN)	Auto-relato (ASQ)	Sintomas de ansiedade de separação na infância e um estilo de vinculação ambivalente predizem níveis elevados de insatisfação com o corpo, tanto no grupo de mulheres com AN como com BN.

De uma forma geral estes estudos, ao procurarem examinar as relações entre a sintomatologia de PCA e a vinculação, dão continuidade aos estudos anteriores que, de modo consistente, tinham já encontrado associações significativas entre a insegurança da vinculação e esta forma de psicopatologia. Salientam-se ainda como contributos positivos dos artigos revistos a introdução do estudo da influência de variáveis individuais e de variáveis de natureza social na relação entre a vinculação e o desenvolvimento das PCA, permitindo uma aproximação a modelos mais complexos de compreensão da etiopatogenia destas perturbações.

No entanto, nos estudos revistos, a avaliação quer da vinculação, quer da sintomatologia clínica e do seu desenvolvimento é realizada de um modo pouco complexo, não introduzindo fortes contribuições para o estudo do desenvolvimento das diferentes perturbações do comportamento alimentar, o seu curso e a sua intervenção. De facto, estes estudos são quase exclusivamente marcados pela utilização de medidas de auto-relato para avaliar variáveis da vinculação – com o problema do paradoxo do auto-relato já referido – sendo que a maioria dos instrumentos utilizados avalia os estilos de vinculação em relações íntimas actuais e não na relação com as figuras de

vinculação. Para além disso, os estudos realizados junto de amostras da população não-clínica têm-se centrado quase exclusivamente na avaliação de estudantes universitários, não representativos da população geral. Importa ainda referir que um conjunto de variáveis relativas à sintomatologia das PCA que têm uma relação próxima com a vinculação (e.g. regulação e expressão emocional) estão ausentes da maioria destes estudos. Em termos metodológicos, tal como nos estudos revistos no capítulo anterior, estes estudos centram-se quase exclusivamente em abordagens correlacionais, não explorando metodologias mais sofisticadas que permitiriam proceder ao teste de hipóteses de natureza causal e explorar o papel de variáveis mediadoras e/ou moderadoras na relação entre vinculação e as PCA.

Em Portugal a temática da relação entre vinculação e perturbações alimentares tem sido alvo de vários estudos que serão de seguida apresentados.

A primeira investigação, tendo por base a teoria de Bowlby e a avaliação da vinculação através da *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan & Main, 1985), examinou a organização da vinculação num grupo de 43 pacientes diagnosticadas com perturbações do comportamento alimentar (Pinho, 2000). Este estudo deu particular importância à relação entre nível geral de psicopatologia, sintomas das perturbações do comportamento alimentar, variáveis sociodemográficas e familiares, e as representações da vinculação analisadas por intermédio do Attachment Q-Sort de Kobak (1993). Embora não tenham sido verificadas diferenças nas organizações da vinculação em função dos sub-grupos clínicos das PCA, foram encontradas relações significativas a um nível mais molecular, isto é, ao nível dos mega-itens elaborados a partir da *AAI* (Kobak, 1993; Pinho et al., 1998) e sintomas das perturbações alimentares, nomeadamente, associações negativas entre sintomas alimentares e a psicopatologia geral e a representação da mãe como disponível, a

representação da mãe como base segura e a representação do pai como disponível. Por outro lado, foram encontradas relações positivas entre sintomas alimentares e a representação de disrupção familiar ao nível do conflito dos papéis conjugal e parental e, ainda, com uma representação da família como emaranhada e com a representação da mãe como dura e exigente (Soares, Pinho, Martins & Machado, 2000).

Tendo por base a mesma amostra do estudo anterior, Vilarinho (2003) procurou examinar as configurações emocionais das organizações da vinculação na *AAI*, tendo por base o método de avaliação de acontecimentos emocionais de Korman (1991). Neste sentido, nas entrevistas da vinculação das pacientes foram avaliadas a frequência de episódios emocionais, a qualidade das emoções expressas nesses episódios, a especificidade dos episódios, a sua orientação ao nível da referência ao *self* ou referência a outros e, por último, as tendências para a acção associadas às reacções emocionais relatadas.

Os resultados sobre a configuração emocional das narrativas da vinculação evidenciam que as pacientes com organização insegura-preocupada são as que relatam mais episódios emocionais e mais episódios de raiva, medo e tristeza; as pacientes com uma organização insegura-desligada são as que evidenciam mais episódios emocionais com emoções positivas e menos com emoções negativas. Por outro lado, ambos os grupos inseguros apresentavam mais tendências para a acção do tipo "mover-se contra" e "rejeitar". Em contraste com estes grupos, as pacientes com organização segura revelavam mais episódios emocionais específicos, mais episódios equilibrados em termos de referência ao *self* e aos outros e, também, mais equilibrados em termos de emoções positivas e negativas e, ainda, mais tendências para a acção do tipo "aproximar-se" (Vilarinho, 2003; Vilarinho, Machado, Soares, Torres & Brandão, 2003).

Um terceiro estudo conduzido por A. Cunha (2003) envolveu 68 jovens, 34 anoréticas e 34 sem patologia alimentar. Esta pesquisa procurava explorar as relações entre estes 2 grupos ao nível do funcionamento familiar, *coping* familiar, padrões de crenças transgeracionais e percepções acerca das relações de vinculação com pais e amigos. Destacando apenas a questão da vinculação, os resultados sugeriam que, em contraste com o grupo sem patologia alimentar, as pacientes anoréticas percepcionavam relações de vinculação inseguras com o pai, com a mãe e com os amigos, referiam menor confiança na mãe, menor comunicação com os amigos reflectindo uma percepção de menor responsividade e sensibilidade aos seus estados emocionais e preocupações e, ainda, uma maior alienação em relação à mãe, pai e amigos o que sugeria experiências negativas de raiva, desânimo e ressentimento dirigido a essas figuras (Cunha, 2003; Cunha, Relvas & Soares, 2003, 2004).

O quarto estudo foi realizado por Tereno (2003) com 92 mulheres e respectivos pais e mães (e psicoterapeutas), que foram distribuídos em 2 grupos: um grupo clínico com 30 anoréticas e 27 bulímicas e um grupo controlo. Esta pesquisa examinou as relações entre estes dois grupos ao nível da percepção das relações de vinculação no presente e da percepção das relações de vinculação no passado e, no grupo clínico, explorou a percepção das pacientes e dos seus terapeutas relativamente à qualidade da aliança terapêutica. Em contraste com o grupo controlo, as pacientes evidenciavam níveis mais elevados de ansiedade e de evitamento no seu estilo de vinculação. Em relação às mães do grupo controlo, as mães das pacientes com anorexia apresentavam níveis menos elevados de segurança e as mães das pacientes com bulimia manifestavam níveis de evitamento mais elevados. Por seu lado, os pais das pacientes com anorexia revelavam níveis de evitamento mais elevados do que os pais do grupo controlo. Para além de que, em geral, a segurança das participantes estava associada à segurança da vinculação das suas mães. Por último, a percepção da qualidade da aliança terapêutica

associava-se positivamente à segurança da vinculação, à percepção de suporte emocional do pai no passado e negativamente à percepção de rejeição pelo pai no passado (Tereno, 2003; Tereno, Soares, Bouça, Neves, Celani & Sampaio, 2004).

Em síntese, do ponto de vista teórico, as variáveis de natureza familiar e interpessoal têm sido apontadas como relevantes para a compreensão do fenómeno das perturbações alimentares, quer no que diz respeito à sua etiologia, quer em relação às abordagens de intervenção clínica.

No âmbito do estudo de variáveis de natureza interpessoal, o estudo da relação entre vinculação as PCA tem uma história recente mas que permite já perceber a importância desta abordagem teórica para a leitura desenvolvimental das perturbações do comportamento alimentar. Tomando em consideração o conjunto de estudos revistos, e apesar do carácter quase exclusivamente descritivo dos mesmos, existe suficiente suporte empírico para afirmar a importância de histórias prováveis de vinculação perturbada, que se manifestam em modelos internos dinâmicos de insegurança. Começa, também, a esboçar-se o avanço dos estudos no sentido de uma compreensão mais abrangente do papel da vinculação nestas perturbações, relacionando-a com outras variáveis individuais e com variáveis de natureza social, cuja relevância para o estudo das PCA é vastamente reconhecida. Salienta-se também o carácter inovador dos estudos neste domínio levados a cabo em Portugal, que avançaram para a complexificação desta temática ao introduzirem o estudo da vinculação numa perspectiva mais molecular (Pinho, 2000), ao examinarem o papel da expressão emocional em pacientes com PCA (Vilarinho, 2003) e ao cruzarem a avaliação da vinculação com variáveis do funcionamento familiar – incluindo uma perspectiva transgeracional – e terapêutico (Cunha, 2003; Tereno, 2003).



A investigação no domínio da relação entre factores de natureza interpessoal – e, especificamente, a vinculação – e o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar deverá então avançar para níveis superiores de complexidade. Tal linha de investigação poderá beneficiar com os avanços recentes na compreensão das PCA, nomeadamente a perspectiva transdiagnóstica (Fairburn et al., 2003), que parece responder a um conjunto de problemas apontados à caracterização e classificação destas perturbações, principalmente no respeitante ao seu curso desenvolvimental e características psicológicas centrais.

Com base na revisão dos estudos anteriormente apresentados, realizámos uma investigação junto de uma amostra de pacientes com diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar, onde se procurou examinar a relação da organização da vinculação, avaliada através da *AAI*, com dados da sua caracterização clínica e sintomatologia psicopatológica e de marcadores desenvolvimentais relacionados com a sua história relacional no contexto familiar. Para além disso, este estudo procurou examinar o modo como um conjunto de variáveis de natureza psicofisiológica, relativas ao funcionamento do sistema nervoso autónomo, se relacionam com a organização da vinculação das pacientes durante a administração da entrevista, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da expressão da vinculação em adultos, nomeadamente no que diz respeito ao funcionamento de indicadores de regulação autonómica perante a activação do sistema de vinculação.



PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO SOBRE VINCULAÇÃO E  
REGULAÇÃO AUTONÓMICA NAS PERTURBAÇÕES DO  
COMPORTAMENTO ALIMENTAR



## CAPÍTULO III

### OBJECTIVOS E MÉTODO

#### 1. Objectivos

O presente estudo tem como um dos seus principais objectivos examinar as relações entre a vinculação – padrões de vinculação e estratégias de vinculação – e a actividade psicofisiológica – condutância da pele, frequência cardíaca e variabilidade cardíaca – em pacientes diagnosticadas com perturbações do comportamento alimentar. Neste sentido, foi utilizado um sistema multimédia que permite a gravação digital sincronizada da informação áudio, vídeo e dos sinais fisiológicos durante a administração da *Adult Attachment Interview (AAI)*; George, Kaplan & Main, 1985).

Outro foco deste estudo remete para a compreensão, do ponto de vista desenvolvimental, da etiopatogenia das perturbações do comportamento alimentar. Neste sentido, as diferenças individuais quanto à organização da vinculação, os marcadores desenvolvimentais e as características sócio-demográficas serão alvo de atenção relativamente às suas relações com as variáveis psicopatológicas gerais e específicas das PCA. Deste modo, para além dos dados da entrevista e dos sinais fisiológicos, importa caracterizar as participantes deste estudo em termos clínicos, psicopatológicos e sócio-demográficos, bem como procurar relacionar estes dados com os obtidos durante a *AAI*.

As principais questões de investigação deste estudo podem ser sintetizadas da seguinte forma:

a) Será possível identificar, dentro das perturbações do comportamento alimentar, diferenças entre sub-tipos no que diz respeito à organização da vinculação, sintomatologia alimentar e psicopatologia geral, marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia e actividade fisiológica de natureza autonómica durante a resposta a questões críticas da vinculação na *AAI*?

b) Será que as diferenças individuais da vinculação se reflectem de modo diferente na manifestação de sintomatologia alimentar e psicopatologia geral, nos marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia e na actividade fisiológica de natureza autonómica durante a resposta a questões críticas da vinculação na *AAI*?

c) Como se relacionam os dados clínicos, psicopatológicos e sócio-demográficos das pacientes com PCA com as variáveis dimensionais da vinculação (estratégias e mega-itens)?

f) Qual a relação entre as variáveis dimensionais da vinculação (estratégias e mega-itens) e as respostas fisiológicas a questões críticas da vinculação na *AAI*?

## **2. Método**

### **2.1. Participantes**

Participaram no estudo empírico 47 pacientes do sexo feminino diagnosticadas com Perturbações do Comportamento Alimentar recrutadas na Consulta externa de perturbações alimentares do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João (68.1%), na consulta externa do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia (23.4%), no Porto, no consultório privado de um médico psiquiatra especialista em Perturbações do Comportamento Alimentar (6.4%) e na consulta de Perturbações Alimentares do Serviço de

Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho, em Braga (2.1%). A idade das participantes variou entre os 15 e os 36 anos, com uma média de 21.23 anos (D.P. = 4.33). Conforme pode ser observado no Quadro 3, quase 90% das participantes eram solteiras, 23.4% frequentaram ou concluíram o ensino básico, 36.2% o ensino secundário e 40.5% o ensino superior; em termos ocupacionais a maioria era estudante (68%), a maioria residia com os pais (72%) e o nível sócio-económico do agregado familiar (obtido a partir da escala de Graffar) era, em 42.5% dos casos médio-alto ou alto e, em 25.5% médio ou médio-baixo. Os critérios de exclusão das participantes incluíram a presença de co-morbilidade diagnosticada com perturbações do Eixo II e com perturbações psiquiátricas graves que pudessem interferir com a realização da entrevista, bem como o internamento no momento da avaliação.

**Quadro 3: Caracterização sócio-económica da amostra**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>	Casada	5	1.6
	Solteira	42	89.4
<b>Habilitações Literárias</b>	Concluiu o 2º ciclo	3	6.4
	Frequentou 3º ciclo	5	10.6
	Concluiu o 3º ciclo	3	6.4
	Frequ. O ensino secundário	13	27.7
	Concluiu o ensino secundário	4	8.5
	Frequentou o ensino superior	13	27.7
	Bacharelato	2	4.3
	Licenciatura	4	8.5

<b>Profissão/ Ocupação</b>	Estudante	32	68
	Estudante-trabalhador	2	4.3
	Cabeleireira	1	2.1
	Desempregada	6	13
	Secretária	1	2.1
	Nutricionista	1	2.1
	Empregada de mesa	1	2.1
	Sem ocupação	1	2.1
	Operadora de loja	1	2.1
	Terapeuta da fala	1	2.1
<b>Vive com os pais</b>	Sim	34	72
	Não	7	15
	Não refere	6	13
<b>NSE do agregado familiar</b>	I – Alto	9	19.1
	II – Médio-alto	11	23.4
	III – Médio	11	23.4
	IV – Médio-baixo	1	2.1
	V – Baixo	0	0
	Sem informação	15	31.9
<b>Total</b>		<b>47</b>	<b>100</b>

**Quadro 4: Caracterização clínica das participantes**

	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Diagnóstico</b>	AN – R	21	44.7
	AN – IC/P	7	14.9
	BN – P	14	29.9
	BN – NP	1	2.1
	PCASOE – AN	3	6.4
	PCASOE – BN	1	2.1



<b>Grupos clínicos</b>	Restritivo	24	51.1
	Purgativo	23	48.9
Total		47	100

Relativamente à caracterização clínica das participantes (Quadro 4), em termos de diagnóstico segundo o DSM-IV (APA, 2002), 59.6% das pacientes possuíam o diagnóstico de Anorexia Nervosa, a maioria do tipo Restritivo (44.7% da amostra total), cerca de 30% preenchiam os critérios de Bulimia Nervosa e 8.5% foram diagnosticadas com uma Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação, na maioria dos casos com características restritivas. Tendo como objectivo criar dois grupos de comparação a partir das características clínicas da amostra, as participantes foram classificadas como Restritivas quando possuíam o diagnóstico de Anorexia Nervosa, tipo Restritivo e de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE) com características restritivas e como Purgativas quando eram diagnosticadas com Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, tipo Ingestão Compulsiva/Purgativa ou PCASOE com características purgativas. Refira-se que a decisão de incluir as pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa, tipo Ingestão Compulsiva/Purgativa no grupo clínico purgativo foi baseada em critérios de manifestação clínica deste grupo de sujeitos, que se aproximam mais da Bulimia Nervosa do que da Anorexia Nervosa, tipo Restritivo (Gleaves, Lowe, Snow, Green & Murphy-Eberenz, 2000). Os dois grupos, quando comparados relativamente às variáveis sócio-demográficas e de história do problema alimentar – NSE, percepção da evolução do problema, percepção do grau de interferência do problema com a vida, história familiar de psicopatologia, história familiar de Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), história de apoio psicológico ou psiquiátrico, história passada de PCA e relato de

acontecimentos de vida problemáticos nos 12 meses anteriores ao início PCA – não apresentavam diferenças significativas.

De acordo com o relato das participantes, a idade de início do problema alimentar actual situava-se, em média, nos 16.8 anos (D.P. = 4.06). Em média, o momento a partir do qual as pacientes procuraram ajuda para este problema ocorreu quase dois anos após o seu início (18.42 anos, D.P. = 3.92). Observando o Quadro 5, verifica-se que 22% das pacientes referem ter tido outra perturbação alimentar no passado e a maioria (61.7%) referiu ter experienciado acontecimentos problemáticos significativos no ano anterior ao início do problema actual, salientando-se como o mais assinalado a sobrecarga de exigências, seguindo-se a existência de conflitos familiares, doenças e rompimento de relações afectivas.

Quase 28% das participantes relatou ter procurado, no passado, ajuda psicológica ou psiquiátrica para outros problemas que não uma perturbação alimentar. Cerca de 23% das participantes considerou que o problema tinha pouca ou nenhuma interferência na sua vida actual, 42% referiu uma interferência moderada ou severa e 8.5% muito severa. Quando questionadas sobre a sua percepção da evolução do problema, a maioria das pacientes que respondeu a esta pergunta considerava que este tinha tido uma evolução variável, com “altos e baixos”, seguindo-se um grupo que considerava que a situação tinha evoluído positivamente (34%), existindo apenas uma participante que considerava que o problema se tinha agravado.

**Quadro 5: História do problema alimentar**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Perturbação Alimentar Anterior</b>	Sim	10	22
	Não	26	55
	Não refere	11	23
<b>Acontecimentos/conflitos /mudanças significativas nos 12 meses anteriores ao início da perturbação</b>	Sim	29	61.7
	Doenças	10	21.3
	Acidentes	1	2.1
	Rompimento de relação afectiva	10	21.3
	Conflitos familiares	13	27.7
	Sobrecarga de exigências	16	34
	Mudança residência/ escola	6	12.8
	Entrada universidade	3	6.4
	Morte de pessoas queridas	7	14.9
	Casamento	1	2.1
	Divórcio/ separação	2	4.3
	Não	9	19.1
Não refere	9	19.1	
<b>Grau de interferência do problema na vida actual</b>	Nenhum	1	2.1
	Leve	10	21
	Moderado	10	21
	Severo	10	21
	Muito severo	4	8.5
<b>Evolução do problema</b>	Agravou-se	1	2.1
	Melhorou	16	34
	Variável ("com altos e baixos")	21	45
	Não refere	9	19
<b>Teve ajuda psicológica/ psiquiátrica por outros motivos</b>	Sim	13	27.7
	Não	25	53.2
	Não refere	9	19.1
<b>Total</b>		<b>47</b>	<b>100</b>

## 2.2. Medidas

### **Representação da Vinculação: *Adult Attachment Interview- AAI* (George, Kaplan & Main, 1985)**

Esta entrevista semi-estruturada foi desenvolvida por George, Kaplan e Main (1985) e consiste em 20 questões destinadas a eliciar memórias acerca da experiência precoce de vinculação do indivíduo com os pais. Deste modo, a entrevista possibilita a activação do sistema de vinculação do sujeito, bem como permite examinar o modo como as memórias influenciam as relações actuais do sujeito com os outros e as suas percepções do *self*. A administração da entrevista demora aproximadamente entre 60 e 90 minutos, devendo o seu conteúdo ser gravado, de forma a possibilitar a transcrição que estará na base da cotação. Neste projecto foi utilizada a versão portuguesa da *AAI* desenvolvida por Soares e cols. (1996), já utilizada em diversos estudos nacionais, com diferentes populações – adolescentes (Machado, 1996); pacientes com perturbações do comportamento alimentar (Pinho, 2000; Vilarinho, 2003); mães adolescentes (Jongenelen, 2004).

No início da entrevista, os sujeitos são convidados a situarem-se no início da sua vida, fazendo um pequeno resumo da história familiar. De seguida, é-lhes pedido que recordem a relação com os pais na infância e que caracterizem essas relações recorrendo a adjectivos. Progressivamente, passam a ser abordadas situações específicas e críticas do ponto de vista da relação da vinculação, tais como a experiência dos sujeitos, em crianças, com acidentes, problemas ou dificuldades pessoais, doenças, separações, situações de rejeição, ameaças de abandono, castigos, maus-tratos e perdas de figuras significativas. As versões mais recentes desta entrevista incluem a exploração detalhada de todas as experiências importantes de perdas e traumas identificados pelo sujeito. Outras questões são de natureza mais geral e avaliativa, apelando para

a análise da influência da relação com os pais no desenvolvimento pessoal, das razões para o comportamento dos pais e das alterações verificadas na relação ao longo dos anos. Os sujeitos são também questionados acerca da relação com outros adultos significativos e, nas últimas questões, a analisar a sua relação actual com os pais e a projectar a relação que venham a ter, no futuro, com os seus próprios filhos.

Tendo em conta os objectivos deste estudo, foi incluída no protocolo da entrevista uma 21ª questão, que apela à avaliação, por parte dos sujeitos, da possível influência da relação com os pais, na infância, com o desenvolvimento da perturbação alimentar pela qual recebem tratamento.

A administração da entrevista demora, habitualmente, entre 60 e 90 minutos. Todas as entrevistas foram registadas em gravador áudio e transcritas para posteriormente serem cotadas por juizes formados especificamente para esse efeito.

A análise e classificação da entrevista neste estudo tem por base o método *Attachment Q-Sort* (Kobak, 1993). Este sistema, baseado no sistema original de classificação da *AAI* desenvolvido por Main e Goldwin (1984, 1998) enfatiza a relação entre a regulação do afecto e o estilo de vinculação ao examinar a utilização de estratégias emocionais minimizadoras versus estratégias maximizadoras. Neste método, cada entrevista é cotada independentemente por dois juizes a partir da transcrição do conteúdo, utilizando uma distribuição forçada de 100 descritores. Os descritores são distribuídos por 9 categorias, num número pré-estabelecido de descritores por categoria – cinco descritores para as categorias 1 (“caracteriza muito mal esta entrevista”) e 9 (“caracteriza muito bem esta entrevista”), oito para as categorias 2 e 8, doze para as categorias 3 e 7, dezasseis para as categorias 4 e 6 e dezoito para a categoria 5 (“não caracteriza bem nem mal esta

entrevista”) – devendo o juiz procurar avaliar de que forma os descritores são mais ou menos característicos da entrevista em questão.

Neste Q-Sort foram previamente definidas duas distribuições dos protótipos de segurança versus insegurança e de desactivação versus hiperactivação. Estas distribuições descrevem indivíduos hipotéticos, que utilizam estratégias seguras (em contraste com inseguras) e que usam estratégias de desactivação (em contraste com hiperactivação). Para além disso, foram previamente definidas outras duas distribuições que ilustram a classificação esperada de um indivíduo que possua as características do padrão desligado (protótipo Desligado) ou do padrão Emaranhado ou Preocupado (protótipo Preocupado). Em síntese, cada entrevista é avaliada em função da utilização, por parte do sujeito, de uma estratégia de segurança versus insegurança e de uma estratégia de desactivação versus hiperactivação e em função dos padrões seguro, desligado ou preocupado.

Cada entrevista é avaliada por dois juízes e o acordo inter-juízes é avaliado utilizando o método de bipartição (fórmula de Spearman-Brown). Caso os níveis de acordo sejam insuficientes (Spearman-Brown  $<0.65$ ), recorre-se a um terceiro juiz, cuja cotação é confrontada com as dos dois juízes iniciais e, existindo acordo com um deles, utiliza-se a cotação desse novo par de juízes.

A cotação média dos dois juízes é finalmente correlacionada com a cotação prototípica das duas dimensões centrais deste método – Segurança/Insegurança e Desactivação/Hiperactivação, permitindo classificar o sujeito em causa em determinada dimensão de vinculação. Os coeficientes de correlação de cada entrevista são usados como medidas contínuas de cada uma destas dimensões e, desta forma, cada entrevista recebe um determinado valor contínuo pelo uso de estratégia primária, que varia entre segura (positivo) e insegura (negativo), e um determinado valor contínuo pelo uso de estratégia

secundária, que varia entre desactivação (positivo) e hiperactivação (negativo) (Cole-Detke & Kobak, 1996).

Para além desta classificação relativamente a medidas contínuas, cada entrevista é também correlacionada com as cotações prototípicas dos padrões Seguro, Desligado e Preocupado, permitindo classificar os sujeitos a partir da aproximação a um destes protótipos. Quando as cotações não se correlacionam com nenhum dos protótipos, considera-se que a entrevista é não-classificável.

Este método permite ainda avaliar mega-itens – agrupamentos de itens, semelhantes a sub-escalas – relacionados com a vinculação. Kobak (1998) apresentou um conjunto de oito mega-itens, baseados em modelos conceptuais, sustentados em análises factoriais exploratórias e em análises de consistência interna:

Mãe Base Segura (5 itens,  $\alpha = .90$ ): relaciona-se com a confiança do participante na capacidade de funcionamento da mãe (e.g., “Tem confiança no bem-estar e na capacidade de agir da mãe.”; “A mãe encoraja activamente o sujeito a desenvolver a suas capacidades.”);

Disponibilidade da Mãe (13 itens,  $\alpha = .97$ ): refere-se às percepções dos juizes relativamente à acessibilidade e suporte da mãe (e.g., “A mãe era para o sujeito uma confidente competente e apoiante.”);

Disponibilidade do Pai (12 itens,  $\alpha = .89$ ): indica as percepções dos juizes relativamente à acessibilidade e suporte do pai (e.g., “O pai era para o sujeito um confidente competente e apoiante.”);

Pai Rigoroso (7 itens,  $\alpha = .95$ ): refere-se à percepção dos juizes de que o pai enfatizava a realização e o sucesso em detrimento do apoio emocional, que era rígido e intimidava o sujeito (e.g., “O pai pressionou o sujeito no sentido de uma independência precoce.”);

Ruptura Familiar (7 itens,  $\alpha = .83$ ): indica a presença de rupturas ao nível da prestação de cuidados por parte dos pais e conflitos maritais e conjugais (e.g., "O sujeito teve precocemente o papel de prestador de cuidados aos pais ou aos irmãos."; "Vivenciou considerável conflito conjugal entre o pais.");

Preocupado (17 itens,  $\alpha = .91$ ): refere-se ao foco excessivo, por parte do sujeito, nas experiências de vinculação e a uma exacerbação dos sinais de perturbação (e.g., "Está actualmente preocupado com as experiências negativas com os pais.");

Desligado (14 itens,  $\alpha = .85$ ): indica que o sujeito minimiza os sinais de perturbação e apresenta o *self* como invulnerável (e.g., "O sujeito relata experiências negativas que não são acompanhadas por sentimentos de dor/sofrimento ou perturbação.");

Coerência (28 itens,  $\alpha = .97$ ): relaciona-se com a capacidade para recordar as memórias de infância e para tomar conhecimento e integrar experiências contraditórias (e.g., "Reconhece contrariedades que foram ultrapassadas."; "O sujeito empenha-se espontaneamente em procurar memórias relevantes para os tópicos da entrevista.");

Pinho (2000), no âmbito de um estudo sobre a relação entre vinculação e PCA desenvolveu três novos mega-itens, baseados na literatura da etiologia das perturbações alimentares, designados Mega-itens das Perturbações do Comportamento Alimentar:

Mãe Rigorosa (5 itens,  $\alpha = .91$ ): indica que a mãe enfatiza a realização e o sucesso em detrimento do apoio emocional, e que era rígida e intimidava o sujeito (e.g., "A mãe era rigorosa e rígida, intimidando o sujeito.");

Emaranhamento Familiar (15 itens,  $\alpha = .78$ ): refere-se à apresentação da família pelo sujeito como sendo super-protectora e intrusiva (e.g., "A mãe chamava a atenção para as suas próprias preocupações e necessidades.");



Rejeição Parental (18 itens,  $\alpha = .83$ ): relaciona-se com a desvalorização das relações de vinculação, a distância emocional em relação aos pais e a indisponibilidade psicológica destes em relação ao sujeito (e.g., “O/a pai/mãe era psicologicamente indisponível.”; “Diminui ou deprecia os pais, numa tentativa de se desligar da sua importância.”).

As entrevistas do presente estudo foram cotadas por 19 juízes treinados no método Q-Sort no âmbito do Grupo de Estudos da Vinculação<sup>8</sup>. As entrevistas foram distribuídas por pares de juízes constituídos aleatoriamente e que cotaram, durante o mesmo período em que estas entrevistas foram cotadas, entrevistas pertencentes a outros projectos de investigação em curso. Foi necessário recorrer a terceiros juízes em dezoito entrevistas e o acordo inter-juízes médio foi de 0.77 (fórmula de Spearman-Brown).

### **Actividade psicofisiológica: Sistema de informação multimédia BioDReAMS (Soares, Cunha, Zhan Jian, Pinho & Neves, 1998)**

No presente estudo foram utilizadas duas medidas fisiológicas associadas ao funcionamento do sistema nervoso autónomo, a actividade electrodérmica e a actividade cardiovascular. A resposta electrodérmica foi examinada através do registo do nível de condutância da pele (Skin Conductance Level, ou SCL, em inglês), medido como actividade exosomática por um dispositivo de voltagem constante que passa por baixa voltagem entre os eléctrodos de cloreto de prata (AgCl) não polarizados, embebidos com uma pasta de

---

<sup>8</sup> O processo de formação dos juízes no método Q-Sort implica momentos de formação teórica, cotações dos protótipos Seguro, Desligado, Preocupado e Desactivação/Hiperactivação, com necessidade de obtenção de acordo com as cotações propostas pelos autores do método, cotação individual e discussão em grupo de diversas entrevistas bem como um número não inferior a 3 entrevistas cotadas autonomamente com acordo com um juiz previamente treinado.

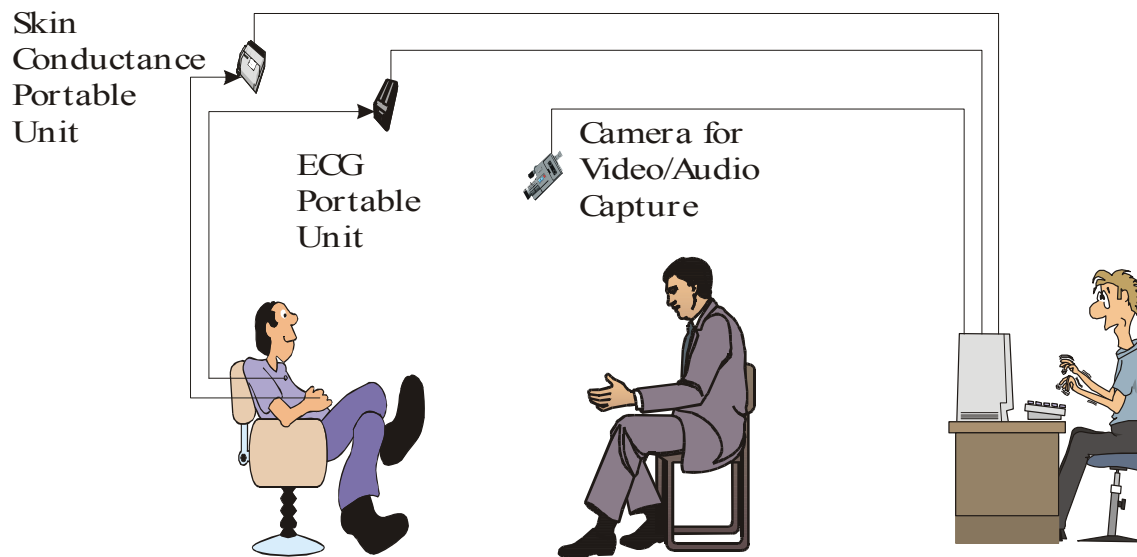
concentração 0.05 NaCl. Utilizou-se o posicionamento bipolar dos eléctrodos na mão não-dominante, um deles na secção média (falange média) dos segundo e terceiro dedos. A condutância da pele foi medida em micromhos.

O indicador de actividade cardíaca utilizado foi a frequência cardíaca (Heart Rate ou HR, em inglês) em batimentos por minuto, obtido a partir do registo do IBI (intervalo inter-batidas de sucessivas ondas R do Electrocardiograma, medido em milisegundos). O sinal foi recolhido com o recurso a eléctrodos com pasta Redux, colocados no tronco dos sujeitos numa configuração bipolar de acordo com a disposição do triângulo de Einthoven.

Os dados biológicos foram recolhidos utilizando o sistema BioDreAMS, ou Bio-Dual channel and Representation of Attachment Multimedia System (Soares, Cunha, Zhan Jian, Pinho & Neves, 1998). Trata-se de um sistema multimédia em ambiente Windows™ que permite a gravação totalmente digital e síncrona da informação visual, sonora e psicofisiológica (condutância da pele e actividade cardíaca) obtida durante a realização da *AAI*.

Neste sistema, uma câmara de vídeo ligada a uma placa de aquisição de vídeo colocada num computador PC permite a aquisição de áudio e vídeo digital para o disco rígido do PC a uma cadência que pode chegar aos 30 fotogramas por segundo. Existe nesta placa um processador dedicado que efectua a compressão da informação até um factor de 20:1, o que corresponde a cerca de 800 Mb / hora (ver figura 1). Os sinais biológicos são adquiridos por duas unidades que enviam o sinal digitalizado por portas série comuns. Estas unidades de recolha de sinais foram concebidas de forma a implementarem todas as normas de segurança de isolamento eléctrico, sendo igualmente resistentes a descargas de desfibrilação.

**Figura 1- Esquema do sistema BioDReAMS**



**Figura 2: Interface Windows do Sistema BioDReAMS (versão 2.0)**



O sistema permite a revisão/edição multimédia da informação e diversas facilidades de processamento síncrono. Após a gravação da informação, o sistema permite ao utilizador a sua visualização em tempo real de forma síncrona (ver figura 2). É possível observar o vídeo numa janela e os sinais fisiológicos numa outra, onde um cursor dinâmico indica a amostra do sinal que corresponde ao fotograma apresentado na janela de vídeo. O utilizador pode parar, visualizar fotograma a fotograma, marcar o início e final das diferentes questões ou de outros momentos que considere importantes no decurso da entrevista e acrescentar notas utilizando o rato do computador.

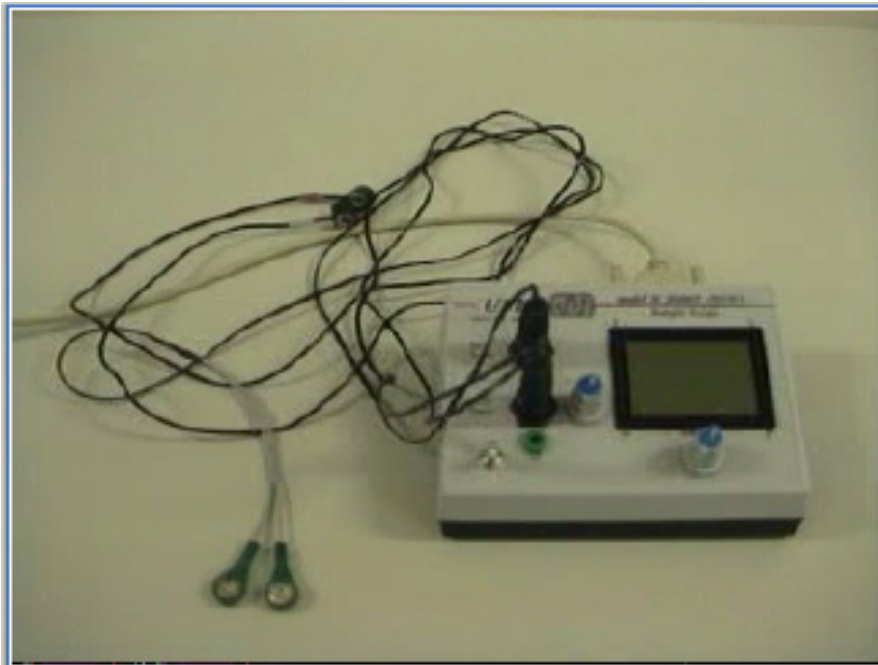
O sistema BioDReAMS foi desenvolvido por uma equipa de especialistas em engenharia biomédica no IEETA – Universidade de Aveiro num período de tempo paralelo ao desenrolar do estudo empírico que está a ser apresentado. Assim, as entrevistas realizadas entre 2000 e 2004 (29 das 47 apresentadas no estudo empírico) foram recolhidas com recurso à primeira versão do sistema (BioDReAMS 1.0). Com a utilização experimental do BioDReAMS 1.0 foram detectadas várias limitações e problemas a diversos níveis, nomeadamente no que respeita à estabilidade do software – um grande número de entrevistas (aproximadamente 40) ficou irremediavelmente perdido pelo facto de não terem sido gravados pelo programa os dados relativos ao vídeo ou aos sinais biológicos; à resolução do sinal biológico recolhido – o que impediu a análise de respostas ou flutuações espontâneas nos dois sinais recolhidos; à dificuldade de utilização e gestão do programa – envolvendo procedimentos muito rigorosos de manuseamento do software, o que aumentava o risco de não gravar adequadamente os segmentos de entrevista; à capacidade de armazenamento de vídeo e sinal biológico – como cada CD comportava apenas 30 minutos de informação, as entrevistas tinham que ser divididas em duas ou três partes, o que complexificava todo o processo de recolha e gravação. A constatação destas dificuldades e a identificação da necessidade de implementar um

conjunto de novas especificações que não tinham sido consideradas inicialmente conduziu ao desenvolvimento da versão 2.0 do BioDReAMS, terminada no decorrer de 2005.

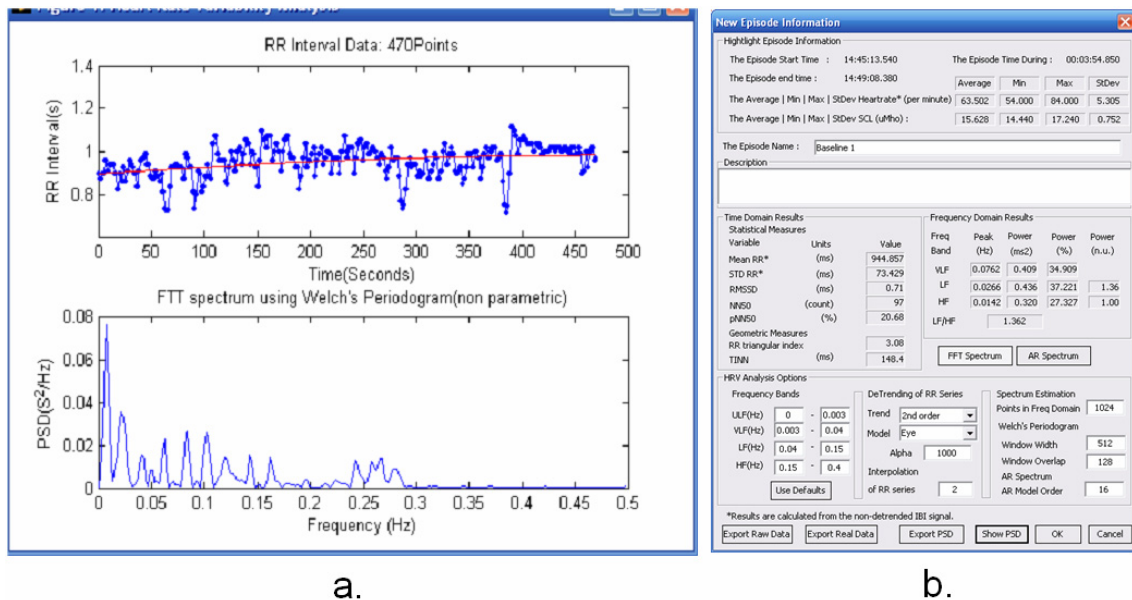
Os novos requisitos definidos para a versão 2.0 passaram pela integração do hardware de recolha de sinal num único equipamento pois a utilização anterior de dois equipamentos diferentes levantava dificuldades de utilização; aumento da capacidade de armazenamento de vídeo e sinal biológico para duas horas por CD e possibilidade de armazenamento em DVD; melhoramento do sistema de arquivo das entrevistas; possibilidade de rever entrevistas sem a necessidade de ter instalado no PC o hardware de compressão de vídeo; simplificação da interface gráfica; incorporação de novas funcionalidades de processamento de sinal, nomeadamente o cálculo automático do desvio padrão, mediana, intervalo inter-quartilico da frequência cardíaca em segmentos de sinal seleccionados, bem como a realização de análise espectral do sinal cardíaco. Dando resposta aos requisitos acima definidos, nesta nova versão foi introduzida uma nova peça de equipamento apresentada na Figura 3 e que integra as duas anteriormente usadas, necessitando apenas duma bateria para o seu funcionamento, melhorando a sua utilização nos procedimentos experimentais, foi substituído todo o hardware e reprogramada toda a parte de vídeo do sistema de forma a conseguir uma maior taxa de compressão – utilização dum novo hardware de compressão de vídeo em formato MPEG-I e reprogramação dos drivers de software para que o sistema passasse a usar este tipo de formato vídeo. Nesta nova versão do sistema, foi também introduzida a possibilidade de existirem estações de aquisição de dados e estações de revisão em que apenas é necessário instalar o software. Toda a interface gráfica também foi simplificada e melhorada para permitir uma utilização mais intuitiva do sistema. Finalmente, foi desenvolvido um módulo de análise e processamento de sinal, que permite efectuar um

conjunto de algoritmos de processamento do intervalo R-R do ECG, nomeadamente o seu espectro de densidade de potência (Figura 4) do qual são extraídos um conjunto de parâmetros, como o batimento médio, desvio-padrão, densidade de potência em diferentes intervalos de potência etc. seguindo as recomendações da literatura desta área (Task Force, 1996).

**Figura 3: Hardware do BioDReAMS 2.0**



**Figura 4: Módulo de processamento de sinal do BioDReAMS 2.0: (a) espectro de densidade de potência do sinal R-R; (b.) parâmetros extraídos pelos algoritmos implementados**



## **Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia: PAMaDeP- Versão B (Soares, Rangel-Henriques, Neves & Pinho, 1999)**

O Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia é um instrumento de auto-relato desenvolvido por Soares, Rangel-Henriques, Neves e Pinho (1999) construído com o objectivo de explorar a existência de indícios psicopatológicos anteriores à perturbação actual e a possibilidade de diferenciar subgrupos quanto aos percursos desenvolvimentais dos sujeitos com diferentes perturbações (Rangel-Henriques, 2000). O desenvolvimento deste instrumento teve por base a teoria de Guidano e Liotti (Guidano, 1987; Guidano & Liotti, 1983) que realça a importância das relações precoces de vinculação na organização dos significados e os resultados de diversos estudos empíricos que mostram uma associação entre perturbações psicopatológicas na idade adulta e determinadas perturbações ou sintomas durante a infância e a adolescência (Rangel-Henriques, 2000). Para abarcar este domínio, os autores desenvolveram quatro questionários com objectos de

estudo específicos, sendo que dois se centram na percepção da qualidade da relação de vinculação com as figuras de vinculação primárias (“Forma Mãe” e “Forma Pai”), um terceiro centra-se na percepção do funcionamento durante a infância e adolescência (“Quando era pequeno”) e o quarto foca a percepção de características do sujeito antes de surgir a perturbação (“Antes de ter este problema”).

Os quatro questionários foram elaborados em duas formas distintas (M e F) para sujeitos do sexo masculino e feminino, respectivamente. Todos os questionários são constituídos por questões fechadas com respostas de acordo, numa escala tipo Likert de quatro pontos, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 4 a “concordo totalmente”.

Os questionários “Forma Mãe” e “Forma Pai” são compostos por 3 sub-escalas: *Rejeição*, *Sobreprotecção* e *Fusão/inversão de papel*. A sub-escala de *Rejeição* integra itens relativos à percepção de rejeição, na infância, por parte da mãe e do pai (e.g. “O meu pai fazia-me sentir que eu era um fardo para ele”; “A minha mãe não tinha tempo para mim”). A sub-escala de *Sobreprotecção* é composta por itens que apelam à percepção de ter sido protegido em demasia na infância pela mãe ou pelo pai, limitando a autonomia (e.g. “A minha mãe tratou-me, até demasiado tarde, como um bebé”; “O meu pai, frequentemente, fazia na minha vez coisas que eu era capaz de fazer”). A sub-escala de *Fusão/inversão de papel* é constituída por itens relativos à percepção de uma relação fusional, com inversão da prestação de cuidados com a mãe e com o pai (e.g. “A minha mãe e eu éramos amigos(as) inseparáveis”; “A minha mãe confidenciava-me os seus problemas e preocupações”; “O meu pai precisava de todo o meu apoio e atenção”).

O questionário “Quando era pequeno(a)” é constituído por 3 sub-escalas: *Abandono*, *Dependência* e *Hiperpreocupação com a família*. A sub-escala de *Abandono* é composta por itens relativos à percepção de experiências de



abandono e rejeição na infância (e.g. "Quando era pequeno(a), senti-me abandonado(a) pelos meus pais"). A sub-escala de *Dependência* possui itens relacionados com a percepção de dependência em relação aos adultos, durante a infância (e.g. "Quando era pequeno(a), sentia-me excessivamente frágil perante obstáculos ou dificuldades"). Relativamente à sub-escala de *Hiperpreocupação com a família*, esta é composta por itens que se reportam à experiência, durante a infância, de uma preocupação excessiva com a família (e.g. "Quando era pequeno(a), tinha medo que a minha família se separasse"). Para além destas sub-escalas, o questionário "Quando era pequeno(a)" possui itens relativos a experiências de doença ("Quando era pequeno(a), sofri muito com a doença de um dos meus pais"), morte (e.g. "Quando era pequeno(a), a minha vida sofreu alterações muito negativas após a morte de um dos meus pais"), ou ausência prolongada ("Quando era pequeno(a), sofri a ausência de um dos meus pais ou dos dois, durante um período de tempo prolongado") por parte de um ou ambos os pais.

O questionário "Antes de ter este problema" é composto por itens relacionados com a presença de determinadas características da personalidade antes do surgimento da perturbação alimentar. Especificamente, este questionário é constituído pelas sub-escalas de *Personalidade dependente*, *Personalidade evitante*, *Personalidade borderline*, *Personalidade Obsessivo-compulsiva* e *Hipervigilância*. A sub-escala de *Personalidade dependente* é composta por itens relativos à percepção de uma elevada dependência dos outros (e.g. "Antes de ter este problema, quando me confrontava com imprevistos sentia-me pouco confiante para os resolver sozinho(a)"). Quanto à sub-escala de *Personalidade evitante*, esta possui itens que remetem para uma elevada desconfiança e evitamento em relação aos outros (e.g. "Antes de ter este problema, considerava que a melhor forma de viver era contar apenas comigo próprio(a)"). A sub-escala de *Personalidade borderline* é constituída por

itens relacionados com esta perturbação da personalidade (e.g. “Antes de ter este problema, tinha momentos em que sentia uma raiva intensa, a qual não conseguia controlar”). Na sub-escala de *Personalidade Obsessivo-compulsiva* encontram-se itens sobre comportamentos de carácter compulsivo e cognições obsessivas (e.g. “Antes de ter este problema, tinha tendência a sentir-me invadido(a) e perturbado(a) por dúvidas, imagens ou pensamentos repetitivos”). Finalmente, a sub-escala de *Hipervigilância* é composta por itens associados a uma elevada ansiedade e vigilância excessiva a sinais indicadores de problemas (e.g. “Antes de ter este problema, tinha tendência a estar sempre muito atento(a) e preocupado(a) com a possibilidade de surgirem problemas na minha vida”).

Três dos questionários deste Protocolo – “Forma Mãe”, “Forma Pai” e “Quando era Pequeno(a)” foram alvo de um estudo psicométrico, tendo sido aplicados junto de uma amostra da população não-clínica. O estudo realizado contribuiu para o desenvolvimento da versão final do Protocolo e para a avaliação de indicadores de validade e fidelidade, que demonstraram serem satisfatórios em todas as dimensões avaliadas (Soares, Rangel-Henriques, Neves, Pinho & Dias, enviado para publicação). O questionário “Antes de ter este Problema” foi sujeito à avaliação de indicadores de fidelidade, nomeadamente análises de consistência interna, junto de uma amostra de sujeitos com perturbações do comportamento alimentar (N=48), tendo demonstrado uma satisfatória adequação a critérios de fidelidade, com excepção da sub-escala de *Personalidade dependente*, cujo valor de Alpha obtido ficou abaixo do limiar de 0.70 definido como satisfatório (Alpha = 0.58). A sub-escala de *Personalidade evitante* apresentou o valor mais elevado (Alpha = 0.85).

**Dados clínicos: Ficha de Triagem (COST B-6, 1994)**

A ficha de triagem, preenchida pelos clínicos das instituições participantes na recolha de dados para o estudo COST B-6<sup>9</sup>, consiste numa breve listagem das categorias diagnósticas e respectivos critérios de diagnóstico para as PCA, de acordo com o DSM-IV TR (APA, 2002). O terapeuta assinala em quais das categorias diagnósticas e respectivos sub-tipos inclui o seu paciente (anorexia nervosa do tipo restritivo ou do tipo ingestão compulsiva/purgativo; bulimia nervosa do tipo purgativo ou do tipo não purgativo; perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação; ou outro), e especifica todos os critérios de diagnóstico que o paciente apresenta.

**Sintomatologia das Perturbações alimentares: Eating Disorders Inventory – EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983)**

O EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) é um instrumento de auto-relato composto por 64 itens relacionados com atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação. Os itens encontram-se agrupados em 8 sub-escalas que avaliam diferentes aspectos das perturbações do comportamento alimentar – tendência para emagrecer, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, consciência interoceptiva e medos da maturidade. A resposta aos itens é efectuada através de uma escala tipo Likert de 6 pontos (desde “sempre” até “nunca”), devendo os sujeitos responder de que forma o item se lhes aplica.

---

<sup>9</sup> Acção B6 do COST- *Cooperation on Science and Technology*- Projecto de investigação de âmbito europeu e transnacional sobre a eficiência da psicoterapia nas perturbações alimentares. Este projecto incluiu o desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliar a sintomatologia das perturbações alimentares (Machado & Soares, 2000).

No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa deste inventário, que foi alvo de um estudo de validação (Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001). Este estudo psicométrico permitiu concluir existirem bons indicadores de validade e fidelidade da escala para utilização junto da população portuguesa. Especificamente, no que diz respeito à fidelidade, foram relatados valores de Alpha de Cronbach entre 0.69 (Perfeccionismo) e 0.93 (total da escala). No que diz respeito à validade, esta foi demonstrada através dos resultados de uma análise factorial exploratória que replicou a estrutura referida pelos autores do instrumento e através de análises de diferenças de médias entre uma amostra clínica e uma amostra da população geral, que indicaram uma boa validade discriminante. O estudo de validação nacional permitiu também calcular um valor de ponto de corte para o resultado total do EDI – 43 pontos – que permite distinguir a população clínica da população não-clínica (Machado et al., 2001).

### **Psicopatologia geral: Symptom Checklist- Revised -SCL 90-R (Derogatis, 1977)**

O SCL-90-R (Derogatis, 1977) é um instrumento de auto-relato de natureza multidimensional, construído para avaliar a psicopatologia e o mal-estar psicológico.

Este instrumento é composto por 90 itens, avaliados numa escala tipo Likert de cinco pontos que se referem a diferentes níveis de mal-estar, variando entre 0 ("nunca") a 4 ("extremamente"). O SCL-90-R é cotado e interpretado em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais.

As nove dimensões primárias que constituem o SCL 90-R são a Somatização (12 itens), as Obsessões-compulsões (10 itens), a Sensibilidade interpessoal (9 itens), a Depressão (13 itens), a Ansiedade (10 itens), a Hostilidade (6 itens), a Ansiedade fóbica (7 itens), a Ideação paranóide (6

itens) e o Psicoticismo (10 itens). Existem ainda sete itens não incluídos nas sub-escalas mas que possuem significância clínica e são tidos em conta no cálculo dos índices globais.

Os três índices globais são medidas complementares relativos a aspectos do mal-estar psicológico e ao estatuto psicopatológico geral. O Índice Geral de Sintomas combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, o Número de Sintomas Positivos refere-se ao número de sintomas presentes e o Índice de Sintomas Positivos é uma medida da intensidade ajustada para a quantidade de sintomas com cotação positiva.

Relativamente às características psicométricas, o SCL-90-R apresentou, em diversos estudos, níveis elevados de consistência interna e de fidelidade teste-reteste (Derogatis, Rickels & Rock, 1976; Derogatis, 1977; Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis & Cleary, 1977<sup>a</sup>). A utilidade clínica do SCL 90-R foi demonstrada através da realização de diversos estudos em contexto comunitário, médico e psiquiátrico (e.g., Aikens, 1999; Troje, 1988; Schauenburg & Strack, 1988; Goreczny, Nussbaum & Hadda, 1998; Woessner & Caplan, 1995). Este instrumento tem sido utilizado no estudo das mais variadas perturbações psiquiátricas, incluindo as PCA (e.g., Machado, 2003; Machado, Gonçalves, Machado, Santos & Santos, 2001; Pinho, 2000; Buddeberg, Bernet, Schmid & Buddeberg, 1997;), sendo frequentemente usado para triagem no contexto clínico ou como medida de monitorização terapêutica.

A versão portuguesa deste questionário foi elaborada por Baptista (1992). O estudo psicométrico realizado permitiu encontrar elevados valores de consistência interna – os valores de alpha de Cronbach situavam-se entre .74 e .97 – e de estabilidade teste-reteste, em todas as sub-escalas deste instrumento.

Num estudo recente, foram calculados pontos de corte para este instrumento utilizando a fórmula proposta por Jacobson e Truax (1991), a partir

de dados provenientes de investigações anteriores junto de sujeitos da população clínica (incluindo sujeitos com PCA) e da população não-clínica. O ponto de corte calculado para o principal indicador de severidade sintomatológica, o índice geral de sintomas é 1.23. (Machado, 2003).

### **Dados sócio-demográficos e história do problema: ficha clínica**

A informação relativa à caracterização sócio-demográfica das participantes e à história do problema alimentar foi recolhida com recurso a duas fichas incluídas no protocolo PAMaDeP. A primeira ficha permite registar informações acerca das características sócio-demográficas, nomeadamente a idade, a escolaridade, a ocupação, a situação conjugal, as habilitações e profissões dos pais, a residência (se vive com os pais) e a independência económica em relação aos pais. Na segunda ficha é avaliada a idade de início do problema, a existência anterior de outras perturbações alimentares, a idade que o sujeito tinha quando procurou pela primeira vez apoio psicológico ou psiquiátrico para este problema, quando iniciou o tratamento com o actual terapeuta, a ocorrência de acontecimentos de vida significativos no último ano anterior ao início do problema, o grau de interferência do problema na vida do sujeito, a apreciação da evolução do problema, a presença de outras pessoas na família com problemas psicológicos e a procura anterior de apoio psicológico ou psiquiátrico por outros motivos para além do problema actual.

A determinação do nível sócio-económico das participantes foi realizada a partir das suas respostas à escala Graffar.

### **3. Procedimento**

#### **3.1. Procedimento de recolha de dados**

O processo de recolha de dados decorreu entre 2000 e 2006. O procedimento era iniciado com o contacto com pacientes da consulta de perturbações do comportamento alimentar do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, da consulta de adolescentes do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia e da consulta de perturbações alimentares do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho. Neste primeiro contacto, as pacientes eram informadas da natureza do projecto de investigação, do procedimento de recolha dos dados a ser seguido e dos aspectos éticos associados ao estudo. As pacientes do Hospital de S. João que mostrassem disponibilidade para se deslocarem ao Centro de Medicina Desportiva do Porto<sup>10</sup>, onde os dados seriam recolhidos, forneciam o seu contacto telefónico.

Posteriormente, eram contactadas telefonicamente por uma colaboradora formada para o efeito para marcar a data da entrevista. Era recomendado que as participantes não consumissem bebidas com álcool ou com cafeína antes da entrevista. No dia da entrevista, as participantes eram recebidas por dois investigadores, preenchiam uma ficha de consentimento sobre a sua participação no estudo, um questionário referente a dados demográficos e os restantes questionários – PAMaDeP, EDI e SCL-90R. Todas as pacientes receberam um código numérico que passou a identificar os questionários e a transcrição da entrevista, assegurando a confidencialidade

---

<sup>10</sup> No caso do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia e do Serviço de Consulta Psicológica da Universidade do Minho, a recolha de dados foi feita no próprio local.

dos dados recolhidos. O único local onde os dados de identificação ficaram registados foi uma ficha de identificação que ficava na posse do investigador. De seguida, o técnico do Centro de Medicina Desportiva ou um dos investigadores colocava os eléctrodos para a recolha de sinais biológicos – Electrocardiograma e Condutância da pele – após o que era convidada a repousar sozinha durante 3 a 5 minutos, o que permitia recolher a linha de base em repouso. Findo este período, o entrevistador entrava na sala da entrevista e iniciava um segundo momento de linha de base, enquanto conversava com a participante sobre temáticas neutras (por exemplo, sobre a deslocação até ao local da entrevista ou sobre a actividade profissional), iniciava a administração da *AAI*, que era registada informaticamente, através do sistema BioDReAMS, bem como em cassetes áudio e vídeo.

As entrevistas foram conduzidas por um grupo de investigadores, psicólogos que receberam formação específica no âmbito do Grupo de Estudos da Vinculação, quer na administração da *AAI*, quer nos restantes procedimentos de recolha de dados, que passam pela colocação de eléctrodos e utilização do sistema BioDReAMS para recolha e gravação dos dados fisiológicos e audiovisuais.

### **3.2. Procedimento de análise dos dados**

Os dados fisiológicos recolhidos durante a entrevista e registados no sistema BioDreAMS foram analisados em quatro vertentes, tanto para os relativos à condutância da pele como para os referentes à frequência cardíaca. Antes das análises, todas as entrevistas foram revistas utilizando o BioDReAMS e foram colocados marcadores para os diferentes episódios da entrevista – linhas de base, questões e respostas.



Num primeiro momento, foram determinadas as linhas de base para a condutância da pele e frequência cardíaca, com base nos dados provenientes do período em que os sujeitos se mantiveram sentados em repouso durante os 3 minutos que antecederam a *AAI* – linha de base em repouso – e do período em que os sujeitos conversaram sobre temas neutros antes do início da entrevista – linha de base 2: a média da condutância da pele e da frequência cardíaca foram calculadas automaticamente no módulo de análise do BioDReAMS<sup>11</sup> a partir do registo médio, segundo a segundo, ao longo dos 3 minutos.

Num segundo momento, foram calculados os níveis médios de condutância da pele e da frequência cardíaca para cada questão e para cada resposta da entrevista. Estes níveis médios foram calculados automaticamente a partir do sistema BioDReAMS 2.0, com base em médias obtidas segundo a segundo.

Todas as médias dos níveis de condutância da pele e médias de frequência cardíaca foram convertidas em valores *Z*, de forma a poderem ser comparadas entre si.

De seguida, foram calculados os indicadores da variabilidade cardíaca nas entrevistas cujo sinal de electrocardiograma possuía resolução suficiente para a realização deste tipo de análises. Estes cálculos foram realizados automaticamente pelo BioDReAMS, com o recurso a um algoritmo de cálculo de análise espectral da frequência cardíaca transformadas rápidas de Fourier (ou FFT) que seguiu as normas internacionais para este tipo de análise (Task Force,

---

<sup>11</sup> O software do sistema BioDReAMS está equipado com um filtro para eliminação automática de artefactos nos sinais do ECG e da condutância da pele durante a revisão e exportação dos dados, permitindo que a informação relativa aos sinais biológicos não seja afectada por flutuações artificiais que pudessem ser confundidas com respostas fisiológicas a estímulos.

1996). Para as análises de dados do presente estudo, foram contemplados os valores do rácio LF/HF, referido na literatura como um indicador do peso diferencial dos dois sistemas nervosos autonómicos (simpático ou parassimpático), também denominado balanço simpático-vagal (Malliani, Pagani, Lombardi & Cerutti, 1991).

Os dados provenientes dos questionários de auto-relato (EDI, SCL 90-R e PAMaDeP) e das análises dos dados da vinculação segundo o método Q-Sort (Mega-itens, correlações com os protótipos Segurança/Insegurança e Desactivação/hiperactivação) foram alvo de análises de comparação de médias de grupos (testes T de Student para comparar os grupos restritivo e purgativo e ANOVAS univariadas para comparar os 3 padrões de vinculação seguro, desligado e preocupado).

As medidas fisiológicas recolhidas no estudo foram também alvo de análises estatísticas de comparação de médias de grupos (testes T de Student para comparar os grupos restritivo vs. purgativo e ANOVAS univariadas para comparar os padrões de vinculação) e de correlação com as medidas contínuas provenientes dos instrumentos de auto-relato e da análise das *AAI's* de acordo com o método Q-Sort. Relativamente à condutância da pele média e à frequência cardíaca média, os seus valores em cada uma das respostas das participantes às questões críticas da vinculação (questões 3 – adjectivos mãe, 4 – adjectivos pai, 6 – problemas, 7 – separações, 8 – rejeições, 9 – ameaças, 13 – perdas e 14 – experiências traumáticas, bem como a questão 21, elaborada especificamente para este estudo – relação entre o problema actual e a relação com os pais na infância) foram subtraídos ao valor médio das linhas de base, permitindo avaliar aumentos, diminuições ou manutenções dos valores obtidos em cada questão em relação ao início da entrevista. Em relação ao rácio LF/HF, o valor utilizado nas análises foi o obtido pelas participantes em cada uma das

respostas às questões críticas (com base numa amostragem dos dados, de acordo com as normas internacionais). Tendo em conta as dificuldades associadas à recolha dos sinais psicofisiológicos com a versão 1.0 do sistema BioDReAMS já descritas, as análises efectuadas com a condutância da pele foram realizadas com 39 sujeitos, as análises efectuadas com a frequência cardíaca com 43 participantes e as análises com o rácio LF/HF com 43 participantes.

Todas as medidas de natureza contínua provenientes quer dos questionários de auto-relato, quer da análise do método Q-Sort e das medidas psicofisiológicas foram sujeitas a análises de correlação de Pearson junto da totalidade da amostra (N=47).

## OBJECTIVOS E MÉTODO

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo empírico, com a seguinte ordem: em primeiro lugar, expõem-se os dados referentes à comparação entre os dois grupos clínicos ao nível das variáveis relativas à vinculação e à psicopatologia; de seguida, apresentam-se os resultados relativos à comparação entre padrões de vinculação em relação à avaliação de sintomatologia psicopatológica e aos marcadores desenvolvimentais; em terceiro lugar, são apresentados os testes de diferenças entre os padrões de vinculação em termos da actividade fisiológica durante a resposta às questões críticas da vinculação na *AAI*; finalmente, exploram-se as relações entre as diferentes variáveis em estudo (psicopatologia, marcadores desenvolvimentais, estratégias de vinculação e actividade psicofisiológica).

O capítulo termina com a apresentação da discussão dos resultados obtidos no estudo empírico, à luz da literatura sobre vinculação, perturbações do comportamento alimentar e psicofisiologia.

## Vinculação nos grupos clínicos

### Distribuição dos padrões de vinculação

**Quadro 6: Distribuição dos padrões de vinculação**

<b>Grupos clínicos</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Restritivo	Seguro	8	33.3
	Desligado	7	29.2
	Preocupado	9	37.5
	Total	24	100
Purgativo	Seguro	7	30.4
	Desligado	2	8.7
	Preocupado	14	60.9
	Total	23	100
Total	Seguro	15	31.9
	Desligado	9	19.1
	Preocupado	23	48.9
	Total	47	100

$$X^2 = 3.912; p=0.141$$

Em relação à distribuição dos padrões de vinculação (Quadro 6), existe uma maior proporção de indivíduos classificados como inseguros na totalidade da amostra (cerca de 70% versus 30% de seguros), sendo de salientar a elevada percentagem de participantes classificados como Preocupados (sensivelmente 50%). Quando comparados os dois sub-grupos, não foram encontradas diferenças significativas relativamente à distribuição dos padrões de vinculação, embora a proporção de indivíduos classificados como Preocupados seja superior no sub-grupo purgativo (60.9%) do que no restritivo (37.5%) e a proporção de indivíduos Desligados seja superior no sub-grupo restritivo (29.2% contra 8.7% no sub-grupo purgativo).

## Padrões de vinculação e Mega-itens

Quadro 7: Mega-Itens da *AAI* e padrões de vinculação

Mega-itens	Padrões	N	Média	D. P.	F	P
Mãe Base-Segura	Seguro	15	27.93	4.29		
	Desligado	9	25.39	3.76		
	Preocupado	23	20.11	3.10		
					22.302	0.000
Disponibilidade Materna	Seguro	15	74.77	16.19		
	Desligado	9	64.67	15.01		
	Preocupado	23	56.61	13.14		
					7.105	0.002
Disponibilidade Paterna	Seguro	15	67.10	11.01		
	Desligado	9	54.11	11.63		
	Preocupado	23	54.15	11.66		
					6.538	0.003
Pai rigoroso	Seguro	15	29.97	8.64		
	Desligado	9	39.22	7.40		
	Preocupado	23	36.83	8.46		
					4.437	0.018
Disrupção Familiar	Seguro	15	31.60	6.34		
	Desligado	9	37.89	4.26		
	Preocupado	23	40.76	4.92		
					13.568	0.000
Preocupado	Seguro	15	55.53	9.68		
	Desligado	9	96.56	9.82		
	Preocupado	23	116.02	10.15		
					168.710	0.000
Desligado	Seguro	15	53.67	7.93		
	Desligado	9	85.72	7.51		
	Preocupado	23	64.71	7.36		
					53.632	0.000

<b>Mega-itens</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Coerência</b>	<b>Seguro</b>	<b>15</b>	<b>184.40</b>	<b>16.02</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>9</b>	<b>76.61</b>	<b>10.69</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>23</b>	<b>118.72</b>	<b>15.51</b>		
					<b>163.581</b>	<b>0.000</b>
Mãe rigorosa	Seguro	15	24.13	7.39		
	Desligado	9	25.17	5.74		
	Preocupado	23	27.96	5.33		
					1.927	0.158
<b>Emaranhamento Familiar</b>	<b>Seguro</b>	<b>15</b>	<b>65.57</b>	<b>8.00</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>9</b>	<b>77.61</b>	<b>5.87</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>23</b>	<b>90.50</b>	<b>6.70</b>		
					<b>60.533</b>	<b>0.000</b>
<b>Rejeição parental</b>	<b>Seguro</b>	<b>15</b>	<b>66.03</b>	<b>7.30</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>9</b>	<b>113.33</b>	<b>12.68</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>23</b>	<b>93.96</b>	<b>7.24</b>		
					<b>95.279</b>	<b>0.000</b>

Conforme se encontra descrito no capítulo anterior, o método de avaliação da organização da vinculação através do método Q-Sort (Kobak, 1993) permite classificar os indivíduos relativamente aos três principais padrões da vinculação – Seguro, Preocupado e Desligado – bem como examinar dimensões contínuas relevantes do ponto de vista da vinculação, recorrendo a Mega-itens. Tendo como objectivo uma preocupação de natureza fundamentalmente metodológica – perceber se os Mega-itens da vinculação permitiriam distinguir os três padrões nesta amostra clínica - realizou-se uma análise de variância com estes três grupos de sujeitos.

Tal como seria esperado, os três padrões de vinculação distinguem-se significativamente em relação à cotação nos Mega-itens da vinculação, exceptuando-se o Mega-item *Mãe Rigorosa*, onde as diferenças não são significativas (ver Quadro 7).



## Mega-itens da vinculação nos grupos clínicos

**Quadro 8: Mega-itens da vinculação nos grupos clínicos**

<b>Mega-itens</b>	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Mãe Base-Segura	Restritivo	24	24.33	4.94		
	Purgativo	23	22.87	5.17		
					0.993	0.326
Disponibilidade Materna	Restritivo	24	64.40	17.21		
	Purgativo	23	63.48	15.76		
					0.190	0.850
Disponibilidade Paterna	Restritivo	24	58.29	12.35		
	Purgativo	23	58.26	13.44		
					0.08	0.994
Pai rigoroso	Restritivo	24	35.31	8.75		
	Purgativo	23	34.87	9.32		
					0.168	0.867
Disrupção Familiar	Restritivo	24	35.81	6.67		
	Purgativo	23	38.83	6.32		
					-0.158	0.119
Preocupado	Restritivo	24	88.98	28.80		
	Purgativo	23	97.17	28.48		
					-0.980	0.332
Desligado	Restritivo	24	67.06	16.11		
	Purgativo	23	62.63	10.59		
					1.109	0.270
Coerência	Restritivo	24	126.88	44.60		
	Purgativo	23	136.57	40.33		
					-0.780	0.439
Mãe rigorosa	Restritivo	24	26.65	6.88		
	Purgativo	23	25.74	5.64		
					0.493	0.624
Emaranhamento Familiar	Restritivo	24	77.65	12.67		
	Purgativo	23	82.61	13.16		
					-1.318	0.194

<b>Mega-itens</b>	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Rejeição parental	Restritivo	24	90.63	23.93		
	Purgativo	23	86.80	12.87		
					0.685	0.498

Conforme pode ser observado no Quadro 8, em termos dos Mega-itens da vinculação, não se encontram diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo.

### **Estratégias de vinculação nos grupos clínicos**

**Quadro 9: Estratégias de vinculação nos grupos clínicos**

<b>Estratégias</b>	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
Segurança-Insegurança	Restritivo	24	-0.11	0.60		
	Purgativo	23	-0.11	0.50		
					-0.034	0.973
<b>Desactivação-Hiperactivação</b>	<b>Restritivo</b>	<b>24</b>	<b>-0.02</b>	<b>0.33</b>		
	<b>Purgativo</b>	<b>23</b>	<b>-0.23</b>	<b>0.21</b>		
					<b>2.534</b>	<b>0.015</b>

Analisando as diferenças entre os dois grupos no que se refere à correlação com os protótipos da vinculação (Quadro 9), verifica-se que os indivíduos do sub-grupo purgativo apresentam valores significativamente inferiores na dimensão Desactivação-Hiperactivação, indicando uma maior aproximação ao pólo de hiperactivação desta dimensão.

## Psicopatologia nos grupos clínicos: sintomatologia alimentar, psicopatologia geral e marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia

**Quadro 10: Sub-escalas do EDI nos grupos clínicos**

Sub-escalas	Grupos	N	Média	D. P.	T	P
Impulso para emagrecer	Restritivo	19	11.37	8.10		
	Purgativo	21	15.71	6.90		
	<i>P. Corte</i>		6.0		-1.831	0.075
Desconfiança interpessoal	Restritivo	19	5.95	3.91		
	Purgativo	21	5.81	4.52		
	<i>P. Corte</i>		4.0		0.103	0.919
Perfeccionismo	Restritivo	19	6.95	2.63		
	Purgativo	19	8.26	4.66		
	<i>P. Corte</i>		5.0		-1.071	0.293
<b>Bulimia</b>	<b>Restritivo</b>	<b>19</b>	<b>2.47</b>	<b>4.09</b>		
	<b>Purgativo</b>	<b>21</b>	<b>5.76</b>	<b>5.98</b>		
	<b><i>P. Corte</i></b>		<b>2.0</b>		<b>-2.046</b>	<b>0.048</b>
Medos da maturidade	Restritivo	18	10.44	6.57		
	Purgativo	21	9.14	4.14		
	<i>P. Corte</i>		6.0		0.726	0.474
Consciência interoceptiva	Restritivo	19	9.21	5.39		
	Purgativo	21	11.33	7.87		
	<i>P. Corte</i>		5.0		-1.003	0.323
Insatisfação corporal	Restritivo	19	12.37	7.92		
	Purgativo	19	15.10	8.10		
	<i>P. Corte</i>		8.0		-1.053	0.299
Ineficácia	Restritivo	19	10.05	6.43		
	Purgativo	21	10.24	8.12		
	<i>P. Corte</i>		10.0		-0.080	0.936
EDI Total	Restritivo	18	67.28	32.59		
	Purgativo	18	85.33	33.77		
	<i>P. Corte</i>		43.0			

No que diz respeito à avaliação de psicopatologia alimentar através do auto-relato das participantes (Quadro 10) o grupo restritivo não se distingue significativamente do grupo purgativo, excepto na sub-escala de *Bulimia*, em que as participantes do grupo purgativo apresentam valores superiores aos das restritivas. Na sub-escala de Impulso para emagrecer, as participantes do grupo purgativo apresentam também valores superiores às do grupo restritivo e, embora a diferença não seja significativa, há indicação de uma tendência nesse sentido ( $p=0.075$ ). As médias de todas as sub-escalas, tanto no grupo restritivo como no purgativo, apresentam-se acima dos valores de corte que permitem distinguir a população clínica da população não-clínica calculados para a versão portuguesa do EDI (Machado et al., 2001).

**Quadro 11: Sub-escalas do SCL 90-R nos grupos restritivo e purgativo**

Sub-escalas	Grupos	N	Média	D. P.	T	P
Somatização	Restritivo	20	1.56	0.84		
	Purgativo	18	1.64	0.71		
	<i>P. Corte</i>		1.14		-0.321	0.750
Obsessão-Compulsão	Restritivo	20	2.01	0.72		
	Purgativo	18	1.81	0.62		
	<i>P. Corte</i>		1.47		0.936	0.355
Sensibilidade Interpessoal	Restritivo	20	2.17	0.69		
	Purgativo	18	1.99	0.98		
	<i>P. Corte</i>		1.26		0.645	0.524
Depressão	Restritivo	19	2.09	0.66		
	Purgativo	18	2.13	0.78		
	<i>P. Corte</i>		1.40		-0.181	0.857
Ansiedade	Restritivo	20	1.71	0.66		
	Purgativo	18	1.91	0.95		
	<i>P. Corte</i>		1.36		-0.749	0.460
Hostilidade	Restritivo	20	1.90	1.00		
	Purgativo	18	1.63	0.98		
	<i>P. Corte</i>		1.19		0.838	0.407

Sub-escalas	Grupos	N	Média	D. P.	T	P
Ansiedade Fóbica	Restritivo	20	0.82	0.63		
	Purgativo	18	1.06	0.74		
	<i>P. Corte</i>		.98		-1.081	0.287
Paranóia	Restritivo	20	1.89	0.71		
	Purgativo	18	1.88	0.89		
	<i>P. Corte</i>		1.25		0.046	0.964
Psicoticismo	Restritivo	20	1.47	0.71		
	Purgativo	18	1.53	0.85		
	<i>P. Corte</i>		.76		-0.246	0.807
GSI	Restritivo	18	1.79	0.61		
	Purgativo	18	1.80	0.72		
	<i>P. Corte</i>		1.23		-0.033	0.974

No que diz respeito à avaliação da sintomatologia psicopatológica geral através das respostas ao SCL 90-R (Quadro 11) o grupo restritivo não se distingue significativamente do grupo purgativo. Como pode ser observado, todas as médias dos resultados das sub-escalas do SCL-90 são superiores aos valores de corte, tanto no grupo restritivo como no purgativo, excepto na sub-escala de ansiedade fóbica, em que o grupo restritivo apresenta um valor médio abaixo do ponto de corte.

**Quadro 12: Sub-escalas do PAMaDeP nos grupos clínicos**

Sub-escalas	Grupos	N	Média	D. P.	T	P
F. Mãe - Rejeição	Restritivo	22	52.23	16.31		
	Purgativo	19	51.68	14.33		
					0.112	0.911
F. Mãe - Sobreprotecção	Restritivo	22	35.77	6.91		
	Purgativo	19	37.32	7.36		
					-0.692	0.493

<b>Sub-escalas</b>	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
F. Mãe - Fusão	Restritivo	22	20.27	4.10		
	Purgativo	19	20.21	4.43		
					1.455	0.154
F. Pai - Rejeição	Restritivo	20	64.25	17.31		
	Purgativo	19	60.32	20.51		
					0.649	0.521
F. Pai - Sobreprotecção	Restritivo	20	30.85	5.39		
	Purgativo	19	33.16	8.12		
					-1.051	0.300
F. Pai - Fusão	Restritivo	20	12.00	2.87		
	Purgativo	19	12.89	4.53		
					-0.733	0.469
Quando –Abandono	Restritivo	21	16.24	4.67		
	Purgativo	18	17.11	4.81		
					-0.574	0.570
Quando – Hiper-preocupação Com a família	Restritivo	21	13.24	3.11		
	Purgativo	18	14.22	2.80		
					-1.039	0.305
Quando – Perda pais	Restritivo	21	1.95	0.22		
	Purgativo	18	2.67	1.75		
					-1.721	0.103
Quando – Dependência	Restritivo	21	15.90	4.58		
	Purgativo	18	15.39	3.73		
					0.388	0.701
Antes de ter... Dependência	Restritivo	22	14.59	3.39		
	Purgativo	20	13.30	1.89		
					1.541	0.133
Antes de ter... Evitamento	Restritivo	22	25.68	5.66		
	Purgativo	20	24.85	6.52		
					0.440	0.663
Antes de ter... Hipervigilância	Restritivo	22	13.36	2.52		
	Purgativo	20	12.80	2.04		
					0.800	0.429

Sub-escalas	Grupos	N	Média	D. P.	T	P
Antes de ter...	Restritivo	22	22.55	4.94		
Personalidade Borderline	Purgativo	20	23.30	5.68		
					-0.458	0.650
Antes de ter... Personalidade	Restritivo	22	29.50	5.31		
Obsessivo-Compulsiva	Purgativo	20	29.45	4.42		
					0.033	0.974

Em relação ao Protocolo de Avaliação de Marcadores Desenvolvimentais para a Psicopatologia (Quadro 12) não são encontradas diferenças significativas entre os dois grupos clínicos nas diferentes sub-escalas que o compõem.

## Vinculação e psicopatologia

### Sintomatologia alimentar, psicopatologia geral e marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia

**Quadro 13: Sub-escalas do EDI nos padrões de vinculação**

Sub-escalas	Padrões	N	Média	D. P.	F	P
Tendência para emagrecer	Seguro	13	15.38	6.64		
	Desligado	8	8.75	9.48		
	Preocupado	19	14.53	7.14		
	<i>P. Corte</i>		6.0		2.189	0.126
Desconfiança interpessoal	Seguro	13	7.23	5.10		
	Desligado	8	4.25	3.33		
	Preocupado	19	5.63	3.71		
	<i>P. Corte</i>		4.0		1.338	0.275
Perfeccionismo	Seguro	13	7.23	4.40		
	Desligado	8	6.75	2.92		
	Preocupado	17	8.29	3.75		
	<i>P. Corte</i>		5.0		0.553	0.592

<b>Sub-escalas</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Bulimia	Seguro	13	3.69	6.38		
	Desligado	8	1.75	1.83		
	Preocupado	19	5.58	5.40		
	<i>P. Corte</i>		2.0		1.561	0.223
Medos da maturidade	Seguro	13	10.62	6.20		
	Desligado	7	5.57	2.57		
	Preocupado	19	10.68	4.97		
	<i>P. Corte</i>		6.0		2.830	0.072
Consciência interoceptiva	Seguro	13	11.15	7.36		
	Desligado	8	6.13	6.64		
	Preocupado	19	11.53	7.01		
	<i>P. Corte</i>		5.0		2.015	0.148
Insatisfação corporal	Seguro	12	13.83	7.69		
	Desligado	8	13.00	9.24		
	Preocupado	18	14.00	8.14		
	<i>P. Corte</i>		8.0		0.042	0.959
Ineficácia	Seguro	13	11.08	7.70		
	Desligado	8	6.88	4.39		
	Preocupado	19	10.89	7.86		
	<i>P. Corte</i>		10.0		1.016	0.372
<b>Total</b>	<b>Seguro</b>	<b>12</b>	<b>80.08</b>	<b>36.02</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>7</b>	<b>47.57</b>	<b>26.09</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>17</b>	<b>85.47</b>	<b>30.25</b>		
	<b><i>P. Corte</i></b>		<b>43.0</b>		<b>3.689</b>	<b>0.036</b>

**Quadro 14: Sub-escalas do SCL 90-R nos padrões de vinculação**

<b>Sub-escalas</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Somatização	Seguro	13	1.71	0.76		
	Desligado	8	1.41	0.76		
	Preocupado	17	1.61	0.82		
	<i>P. Corte</i>		1.14		0.374	0.690



<b>Sub-escalas</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Obsessão-Compulsão	Seguro	13	2.04	0.71		
	Desligado	8	1.41	0.51		
	Preocupado	17	1.85	0.74		
	<i>P. Corte</i>		1.47		0.329	0.722
Sensibilidade Interpessoal	Seguro	13	1.93	0.92		
	Desligado	8	1.82	0.56		
	Preocupado	17	2.33	0.84		
	<i>P. Corte</i>		1.26		1.425	0.254
Depressão	Seguro	13	2.06	0.71		
	Desligado	7	2.13	0.76		
	Preocupado	17	2.13	0.74		
	<i>P. Corte</i>		1.40		0.041	0.960
Ansiedade	Seguro	13	1.89	0.91		
	Desligado	8	1.53	0.67		
	Preocupado	17	1.87	0.80		
	<i>P. Corte</i>		1.36		0.602	0.553
Hostilidade	Seguro	13	1.62	0.95		
	Desligado	8	1.31	1.21		
	Preocupado	17	2.11	0.84		
	<i>P. Corte</i>		1.19		2.125	0.135
Ansiedade Fóbica	Seguro	13	0.93	0.67		
	Desligado	8	0.89	0.72		
	Preocupado	17	0.96	0.72		
	<i>P. Corte</i>		.98		0.023	0.977
Paranóia	Seguro	13	1.82	0.91		
	Desligado	8	1.77	0.67		
	Preocupado	17	1.99	0.78		
	<i>P. Corte</i>		1.25		0.266	0.768
Psicoticismo	Seguro	13	1.45	0.76		
	Desligado	8	1.26	0.65		
	Preocupado	17	1.64	0.84		
	<i>P. Corte</i>		.76		0.655	0.526

Sub-escalas	Padrões	N	Média	D. P.	F	P
GSI	Seguro	13	1.79	0.71		
	Desligado	6	1.59	0.68		
	Preocupado	17	1.88	0.64		
	<i>P. Corte</i>		1.23			
					0.395	0.677

**Quadro 15: Sub-escalas do PAMaDeP nos padrões de vinculação**

Sub-escalas	Padrões	N	Média	D. P.	F	p
F. Mãe Rejeição	Seguro	12	50.50	13.16		
	Desligado	8	50.38	14.27		
	Preocupado	21	53.43	17.12		
					0.188	0.829
F. Mãe Sobreprotecção	Seguro	12	39.42	7.01		
	Desligado	8	32.88	8.54		
	Preocupado	21	36.19	6.08		
					2.219	0.123
F. Mãe Fusão	Seguro	12	20.00	3.19		
	Desligado	8	21.13	3.76		
	Preocupado	21	21.86	5.03		
					0.698	0.504
F. Pai Rejeição	Seguro	12	58.92	18.26		
	Desligado	8	63.13	12.53		
	Preocupado	19	64.16	21.65		
					0.284	0.754
F. Pai Sobreprotecção	Seguro	12	31.50	5.82		
	Desligado	8	32.38	5.50		
	Preocupado	19	32.11	8.17		
					0.043	0.958
F. Pai Fusão	Seguro	12	12.25	3.11		
	Desligado	8	12.37	3.71		
	Preocupado	19	12.58	4.29		
					0.028	0.972

<b>Sub-escalas</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Quando... Abandono	Seguro	12	16.17	4.69	0.150	0.861
	Desligado	8	16.29	4.96		
	Preocupado	19	17.05	4.82		
Quando... Hiperpreocupação com a Família	Seguro	12	13.92	2.35	0.054	0.947
	Desligado	7	13.71	4.23		
	Preocupado	20	13.55	2.96		
Quando... Dependência	Seguro	12	16.92	3.09	1.927	0.160
	Desligado	7	13.14	2.91		
	Preocupado	20	15.80	4.81		
Antes de ter... Dependente	Seguro	12	14.75	2.53	1.470	0.242
	Desligado	9	12.67	2.29		
	Preocupado	21	14.10	3.10		
Antes de ter... Evitamento	Seguro	12	26.83	6.12	0.765	0.472
	Desligado	9	23.56	4.10		
	Preocupado	21	25.14	6.65		
Antes de ter... Hipervigilância	Seguro	12	13.25	2.93	0.450	0.641
	Desligado	9	12.44	1.42		
	Preocupado	21	13.29	2.24		
Antes de ter... Borderline	Seguro	12	24.58	5.33	2.003	0.149
	Desligado	9	20.11	4.01		
	Preocupado	21	23.14	5.07		
Antes de ter... POC	Seguro	12	28.92	4.17	1.869	0.168
	Desligado	9	27.22	6.82		
	Preocupado	21	30.76	3.97		

Conforme pode ver-se no Quadro 13, no que diz respeito à avaliação da sintomatologia alimentar, os indivíduos desligados apresentam valores significativamente inferiores aos seguros e preocupados (que apresentam os valores mais elevados) no resultado total do EDI. Relativamente às sub-escalas deste inventário, os sujeitos desligados apresentam valores inferiores aos seguros e preocupados em todas elas e, embora tais diferenças não sejam significativas, destaca-se uma tendência na sub-escala de *Medos da maturidade* ( $p=0.072$ ). As médias obtidas pelas participantes classificadas como desligadas distinguem-se também das obtidas pelas restantes pacientes no que diz respeito à comparação com o valor de corte entre a população clínica e não-clínica nas sub-escalas *Bulimia*, *Medos da maturidade* e *Ineficácia*, apresentando-se abaixo dos pontos de corte estabelecidos para este instrumento.

Em relação à avaliação de psicopatologia geral (Quadro 14), os sujeitos pertencentes aos três padrões de vinculação não se distinguem significativamente em nenhuma das sub-escalas do SCL-90 R. Exceptua-se o valor inferior obtido pelas participantes desligadas em relação ao ponto de corte entre a população clínica e não-clínica na sub-escala de *Obsessão-compulsão* e os valores médios inferiores ao ponto de corte observados pelos três grupos de sujeitos na sub-escala de *Ansiedade fóbica*.

No respeitante à avaliação dos marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia (Quadro 15), não se verificam diferenças significativas entre os três padrões de vinculação.

## Caracterização clínica e história do problema alimentar

**Quadro 16: Percepção do grau de interferência do problema alimentar na vida nos padrões de vinculação**

<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>Kruskal Wallis X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
<b>Seguro</b>	<b>11</b>	<b>1.91</b>	<b>0.94</b>		
<b>Desligado</b>	<b>7</b>	<b>1.43</b>	<b>0.98</b>		
<b>Preocupado</b>	<b>17</b>	<b>2.65</b>	<b>1.00</b>		
				<b>7.345</b>	<b>0.025</b>

O questionário “História do Problema”, conforme já referido, é constituído por diversas questões que procuram caracterizar a evolução do problema alimentar dos sujeitos. Todas as questões que constituem este questionário foram alvo de testes de diferenças de médias entre os três padrões de vinculação, os quais indicaram não existirem diferenças significativas, à excepção da questão que diz respeito à percepção que os sujeitos têm do grau de interferência do problema alimentar na sua vida (ver Quadro 16). Verifica-se que os sujeitos preocupados relatam uma maior interferência do problema alimentar na sua vida, seguindo-se os sujeitos seguros e, finalmente, os desligados.

## Vinculação e indicadores de actividade autonómica

Conforme referido no capítulo anterior, as análises dos dados psicofisiológicos centram-se nas respostas dos sujeitos a um conjunto de questões da *AAI* consideradas críticas do ponto de vista da vinculação, que são sintetizadas no Quadro 17:

**Quadro 17: Questões críticas da vinculação**

<b>Questão</b>	<b>Temática</b>
3	Adjectivos mãe
4	Adjectivos pai
6	Problemas (acidentes, doenças)
7	Separações
8	Rejeições
9	Ameaças
13	Perdas
14	Experiências traumáticas
21	Relação entre problema actual e relação com os pais na infância

### **Indicadores de actividade autonómica nos grupos clínicos**

Não se encontram diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo em termos das diferenças entre o valor médio obtido nas respostas às questões críticas da vinculação (questões 3, 4, 6, 7, 8, 9, 13, 14 e 21) e a linha de base, quer em termos da frequência cardíaca, quer em termos da condutância da pele. Não são também encontradas diferenças entre estes dois grupos em termos dos indicadores de variabilidade cardíaca, medida através do cálculo do rácio LF/HF nas mesmas questões da *AAI* (ver Quadros em anexo).

## Condutância da pele

**Quadro 18: Condutância da pele durante as respostas às questões críticas da vinculação nos padrões de vinculação**

Questões	Padrões	N	Média	D. P.	F	P
<b>Linha de base</b>	<b>Seguro</b>	<b>12</b>	<b>-1.15</b>	<b>1.70</b>		
<b>Repouso</b>	<b>Desligado</b>	<b>7</b>	<b>-2.50</b>	<b>0.87</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>20</b>	<b>-2.29</b>	<b>1.11</b>		
					<b>3.650</b>	<b>0.036</b>
Linha de base	Seguro	11	-1.29	0.95		
Conversa	Desligado	7	-1.94	0.48		
	Preocupado	17	-1.36	1.15		
					1.070	0.355
Resposta 3 – L. Base	Seguro	12	1.03	1.64		
	Desligado	7	1.88	0.75		
	Preocupado	20	1.83	1.53		
					1.292	0.287
Resposta 4 – L. Base	Seguro	12	1.02	1.46		
	Desligado	7	2.36	0.68		
	Preocupado	20	2.16	1.54		
					3.021	0.061
<b>Resposta 6 – L. Base</b>	<b>Seguro</b>	<b>12</b>	<b>0.53</b>	<b>1.75</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>7</b>	<b>2.45</b>	<b>0.88</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>20</b>	<b>2.18</b>	<b>1.27</b>		
					<b>6.523</b>	<b>0.004</b>
<b>Resposta 7 – L. Base</b>	<b>Seguro</b>	<b>12</b>	<b>0.58</b>	<b>2.08</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>7</b>	<b>2.49</b>	<b>0.69</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>20</b>	<b>2.10</b>	<b>1.28</b>		
					<b>4.992</b>	<b>0.012</b>
<b>Resposta 8 – L. Base</b>	<b>Seguro</b>	<b>12</b>	<b>0.38</b>	<b>1.98</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>5</b>	<b>2.71</b>	<b>0.63</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>20</b>	<b>2.10</b>	<b>1.24</b>		
					<b>6.657</b>	<b>0.004</b>

Questões	Padrões	N	Média	D. P.	F	P
<b>Resposta 9 – L. Base</b>	<b>Seguro</b>	<b>12</b>	<b>0.42</b>	<b>2.12</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>5</b>	<b>2.33</b>	<b>0.84</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>9</b>	<b>2.19</b>	<b>1.50</b>		
					<b>4.670</b>	<b>0.016</b>
Resposta 13– L. Base	Seguro	11	1.88	0.87		
	Desligado	7	3.01	0.93		
	Preocupado	19	2.50	1.43		
					1.985	0.153
Resposta 14– L. Base	Seguro	10	2.20	1.10		
	Desligado	6	3.04	0.96		
	Preocupado	19	2.98	1.29		
					1.601	0.217
Resposta 21– L. Base	Seguro	11	2.84	0.97		
	Desligado	6	3.68	1.24		
	Preocupado	17	3.02	1.15		
					1.161	0.327

Examinando as diferenças entre os três padrões de vinculação relativamente à condutância da pele média durante as respostas às questões da *AAI* (notas padronizadas), destaca-se, desde logo, a existência de um valor significativamente inferior desta medida durante a linha de base em repouso por parte dos indivíduos classificados como desligados, seguidos dos indivíduos preocupados e, com valores mais altos, isto é, mais próximos da média individual ao longo de toda a entrevista, os sujeitos seguros. Avaliando-se os valores da diferença entre a média obtida pelos sujeitos nas respostas às questões da *AAI* e a linha de base em repouso – medida que indica a existência de subidas, descidas ou manutenção em relação ao momento anterior ao início da entrevista – encontra-se um padrão de diferenças significativas em quatro questões críticas da *AAI*. Assim, embora todos os padrões apresentem subidas face à linha de base, os indivíduos desligados apresentam subidas mais marcadas de condutância da pele média, seguidos dos preocupados e,



significativamente abaixo destes, os seguros, nas respostas às questões sobre problemas, separações, rejeições e ameaças.

## Frequência cardíaca

**Quadro 19: Frequência cardíaca durante as respostas às questões críticas da vinculação nos padrões de vinculação**

Questões	Padrões	N	Média	D. P.	F	P
Linha de base Repouso	Seguro	13	-0.48	0.10		
	Desligado	7	-0.59	1.72		
	Preocupado	23	-0.29	1.05	0.227	0.798
Linha de base Conversa	Seguro	11	0.18	1.20		
	Desligado	7	0.80	0.76		
	Preocupado	18	0.46	0.85	0.901	0.416
Resposta 3 – L. Base	Seguro	13	1.06	1.11		
	Desligado	7	1.07	2.19		
	Preocupado	23	0.89	1.29		
					0.085	0.918
Resposta 4 – L. Base	Seguro	13	0.69	1.36		
	Desligado	7	0.64	2.60		
	Preocupado	23	0.67	1.04		
					0.003	0.997
Resposta 6 – L. Base	Seguro	13	0.74	1.03		
	Desligado	7	0.96	1.92		
	Preocupado	23	0.46	1.23		
					0.467	0.630
Resposta 7 – L. Base	Seguro	13	0.48	1.01		
	Desligado	7	0.89	2.41		
	Preocupado	23	0.65	1.44		
					0.160	0.852

<b>Questões</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Resposta 8 – L. Base	Seguro	13	0.34	1.09	1.267	0.293
	Desligado	5	1.23	1.28		
	Preocupado	23	0.30	1.25		
Resposta 9 – L. Base	Seguro	13	0.20	1.07	0.900	0.415
	Desligado	5	0.99	1.66		
	Preocupado	22	0.17	1.27		
Resposta 13– L. Base	Seguro	12	0.08	1.11	0.090	0.914
	Desligado	7	0.39	1.84		
	Preocupado	22	0.22	1.62		
Resposta 14– L. Base	Seguro	11	0.57	1.26	0.472	0.627
	Desligado	6	-0.09	2.24		
	Preocupado	22	-0.07	2.02		
Resposta 21– L. Base	Seguro	12	0.36	1.48	0.314	0.733
	Desligado	6	0.93	1.81		
	Preocupado	19	0.45	1.37		

Seguindo a mesma abordagem de análise utilizada na avaliação da condutância da pele média e tal como se pode ver no Quadro 19, os três padrões de vinculação foram comparados em relação à frequência cardíaca média (em notas padronizadas) nas linhas de base em repouso e a conversar sobre temas neutros bem como quanto à diferença entre a média obtida em cada resposta da *AAI* e a linha de base em repouso, não tendo sido encontradas diferenças significativas em nenhum dos momentos avaliados.

## Variabilidade cardíaca (rácio LF/HF)

**Quadro 20: Rácio LF/HF durante as respostas às questões críticas da vinculação nos padrões de vinculação**

Questões	Padrões	N	Média	D. P.	F	P
Linha de base Repouso	Seguro	13	4.31	2.32		
	Desligado	7	3.49	1.13		
	Preocupado	23	4.34	2.00	0.523	0.596
Linha de base Conversa	Seguro	11	5.51	3.70		
	Desligado	7	5.26	2.93		
	Preocupado	18	6.28	4.96		
					0.193	0.826
Resposta 3	Seguro	15	10.53	5.73		
	Desligado	9	7.70	6.46		
	Preocupado	23	6.59	7.13		
					1.640	0.206
<b>Resposta 4</b>	<b>Seguro</b>	<b>15</b>	<b>9.52</b>	<b>4.13</b>		
	<b>Desligado</b>	<b>9</b>	<b>5.57</b>	<b>4.85</b>		
	<b>Preocupado</b>	<b>23</b>	<b>5.38</b>	<b>3.32</b>		
					<b>5.592</b>	<b>0.007</b>
Resposta 6	Seguro	15	8.17	5.56		
	Desligado	9	4.43	3.05		
	Preocupado	23	5.30	4.03		
					2.648	0.082
Resposta 7	Seguro	15	4.71	2,66		
	Desligado	9	4.03	1.43		
	Preocupado	23	3.59	1.41		
					1.571	0.219
Resposta 8	Seguro	15	4.78	2.31		
	Desligado	7	3.49	0.44		
	Preocupado	23	3.58	1.25		
					2.862	0.068

<b>Questões</b>	<b>Padrões</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Resposta 9	Seguro	15	5.33	2.44	1.428	0.251
	Desligado	7	4.02	0.78		
	Preocupado	22	4.09	2.55		
Resposta 13	Seguro	14	7.51	4.75	1.295	0.285
	Desligado	9	4.80	1.77		
	Preocupado	22	6.32	3.99		
Resposta 14	Seguro	12	4.92	2.70	0.055	0.946
	Desligado	8	4.57	1.23		
	Preocupado	22	4.72	2.50		
Resposta 21	Seguro	14	4.27	1.48	0.650	0.528
	Desligado	7	3.88	0.76		
	Preocupado	19	3.66	1.75		

Relativamente à avaliação da variabilidade cardíaca ao longo da entrevista através do rácio LF/HF (Quadro 20), é possível verificar que os indivíduos seguros apresentam valores superiores aos desligados e preocupados na maioria das respostas às questões da *AAI*, embora essas diferenças sejam apenas significativas durante a resposta à questão 4, onde é pedido que os sujeitos forneçam cinco adjectivos que ilustrem a relação com o pai durante a infância. Durante a resposta às questões 6 e 8 (problemas e experiências de rejeição) a diferença entre os grupos é tendencialmente significativa ( $p=0.082$  e  $P=0.068$ , respectivamente).

## Relações entre psicopatologia, vinculação e actividade autónoma

Quadro 21: Matriz de correlação de Pearson entre as sub-escalas do EDI e do SCL 90-R

	Tend. Emag.	Desc. Inter.	Perfe.	Bulim.	Medo matur.	Consc. Inter.	Insat. Corp.	Inefi.	EDI Total
<b>Somat.</b>	<b>.446**</b>	.162	.212	.063	.131	<b>.496**</b>	<b>.348*</b>	.310	<b>.424*</b>
<b>Obs- Com.</b>	<b>.467**</b>	<b>.414*</b>	.111	.152	.262	<b>.636**</b>	.305	<b>.533**</b>	<b>.548**</b>
<b>Sens. Interp.</b>	<b>.527**</b>	<b>.566**</b>	.329	<b>.376*</b>	<b>.474**</b>	<b>.673**</b>	<b>.617**</b>	<b>.677**</b>	<b>.803**</b>
<b>Depre.</b>	<b>.537**</b>	<b>.502**</b>	.334	.190	.303	<b>.614**</b>	<b>.438*</b>	<b>.630**</b>	<b>.668**</b>
<b>Ansie.</b>	<b>.632**</b>	<b>.439**</b>	<b>.372*</b>	.251	.248	<b>.650**</b>	<b>.412*</b>	<b>.556**</b>	<b>.668**</b>
<b>Hostili.</b>	<b>.341**</b>	.172	.058	.075	.318	<b>.575**</b>	.182	.316	<b>.406*</b>
<b>Ans. Fóbica</b>	<b>.422**</b>	<b>.384*</b>	.093	.160	.196	<b>.502**</b>	<b>.454*</b>	<b>.387*</b>	<b>.526**</b>
<b>Paran.</b>	<b>.433**</b>	<b>.598**</b>	<b>.390*</b>	.313	<b>.391*</b>	<b>.649**</b>	<b>.355*</b>	<b>.550**</b>	<b>.691**</b>
<b>Psicoti.</b>	<b>.439**</b>	<b>.415*</b>	.220	.123	.240	<b>.609**</b>	<b>.421*</b>	<b>.506**</b>	<b>.588**</b>
<b>GSI</b>	<b>.568**</b>	<b>.488**</b>	.272	.225	.307	<b>.697**</b>	<b>.482**</b>	<b>.601**</b>	<b>.698**</b>

\*p<0.05; \*\*p<0.01

Observando o Quadro 21 – matriz de correlação entre as sub-escalas do EDI e do SCL-90 R na totalidade da amostra (N=47 – é possível verificar a existência de correlações positivas e significativas entre as sub-escalas dos dois instrumentos, salientando-se a elevada correlação entre o score total do EDI e todas as sub-escalas do SCL-90 R, com particular relevância para a sub-escala de *Sensibilidade interpessoal*, com uma correlação de .80. Para além do score

total do EDI, também as sub-escalas *Tendência para emagrecer* e *Consciência interoceptiva* se correlacionam positivamente e de forma significativa com todas as sub-escalas do SCL-90 R. Por outro lado, as sub-escalas de *Perfeccionismo*, *Bulimia* e *Medos da maturidade* são as que se correlacionam menos com as sub-escalas do SCL-90 R.

**Quadro 22: Matriz de correlação de Pearson entre as sub-escalas do EDI e do PAMaDeP**

	<b>Tend. Emag.</b>	<b>Desc. Inter.</b>	<b>Perfe.</b>	<b>Bulim.</b>	<b>Medo matur.</b>	<b>Consc. Inter.</b>	<b>Insat. Corp.</b>	<b>Inefi.</b>	<b>EDI Total</b>
<b>FM REJ</b>	.067	-.069	.120	.060	.082	.144	-.191	-.247	-.018
<b>FM SOB</b>	.143	-.016	.206	.255	.128	.117	-.095	.183	.162
<b>FM FUS</b>	.076	-.107	.129	.168	-.187	.113	-.030	.166	.073
<b>FP REJ</b>	-.144	-.227	-.291	-.064	-.271	-.031	-.200	-.301	-.286
<b>FP SOB</b>	-.016	-.174	.205	<b>.346*</b>	-.022	.051	-.038	-.044	.033
<b>FP FUS</b>	.328	-.002	<b>.460**</b>	.140	.021	.214	.109	.152	.267
<b>QUA ABAN</b>	-.001	-.232	-.023	.042	-.061	.138	-.234	<b>-.382*</b>	-.137
<b>QUAN HIP</b>	<b>.362*</b>	-.058	<b>.378*</b>	.027	-.039	.230	.119	.199	.246
<b>QUA DEP</b>	.186	.177	.091	-.109	.161	.310	-.099	.194	.216
<b>ATP DEP</b>	.121	<b>.360*</b>	-.180	-.044	.301	<b>.342*</b>	.043	.212	.242
<b>ATP EVIT</b>	.239	.304	-.017	-.086	.079	<b>.397*</b>	.068	.100	.214
<b>ATP HIPER</b>	<b>.359*</b>	.310	-.041	.069	.322	<b>.521**</b>	.122	.205	<b>.407*</b>

	<b>Tend. Emag.</b>	<b>Desc. Inter.</b>	<b>Perfe.</b>	<b>Bulim.</b>	<b>Medo matur.</b>	<b>Consc. Inter.</b>	<b>Insat. Corp.</b>	<b>Inefi.</b>	<b>EDI Total</b>
<b>ATP BORD.</b>	<b>.340*</b>	.148	-.014	.014	.014	<b>.413*</b>	-.056	.064	.211
<b>ATP POC</b>	.139	.118	.300	-.089	.157	.240	-.222	.015	.078

\*p<0.05; \*\*p<0.01

Conforme pode ser observado no Quadro 22, no respeitante às relações entre as sub-escalas do EDI e do PAMaDeP, verifica-se a existência de uma correlação moderada entre a sub-escala de *Tendência para emagrecer* do EDI e as sub-escalas *Hiperpreocupação com a família*, *Hipervigilância* e *Perturbação borderline* do PAMaDeP, entre a sub-escala *Desconfiança interpessoal* do EDI e a sub-escala de *Personalidade dependente* do PAMaDeP, entre a sub-escala *Perfeccionismo* do EDI e as sub-escalas de *Fusão* (Forma Pai) e *Hiperpreocupação com a família* do PAMaDeP, a sub-escala *Bulimia* do EDI e a *Sub-escala de Sobreprotecção* (Forma Pai) do PAMaDeP, a sub-escala *Consciência interoceptiva* e as sub-escalas de *Personalidade dependente*, *Personalidade evitante*, *Hipervigilância* e *Personalidade borderline* do PAMaDeP e entre o score total do EDI e a sub-escala de *Hipervigilância* do PAMaDeP. Salienta-se também a correlação negativa moderada entre a sub-escala *Ineficácia* do EDI e a sub-escala de *Abandono* do PAMaDeP.

Quadro 23: Matriz de correlação de Pearson entre as sub-escalas do SCL 90-R e do PAMaDeP

	Som.	O/C	Sens. Int.	Dep.	Ansi.	Hosti.	Ans. Fób.	Para.	Psico.	GSI
<b>FM REJ</b>	.201	-.118	-.097	-.012	.136	.069	-.077	-.127	.073	-.006
<b>FM SOB</b>	.128	.152	.050	-.061	.078	.091	.196	.028	.225	.075
<b>FM FUS</b>	.178	.049	.073	.166	.106	.050	.313	.162	.156	.141
<b>FP REJ</b>	-.034	-.115	-.163	-.199	-.111	.103	-.105	-.079	-.063	-.111
<b>FP SOB</b>	-.083	-.031	.089	.028	-.117	-.120	.204	.197	.068	-.005
<b>FP FUS</b>	<b>.427*</b>	.066	.133	<b>.375*</b>	.306	-.137	.209	.018	.111	.239
<b>QUA ABAN</b>	.122	-.034	-.026	-.109	.128	.212	.116	.068	.134	.051
<b>QUAN HIP</b>	<b>.445**</b>	.191	.077	.300	<b>.366*</b>	.058	<b>.358*</b>	.016	.333	.250
<b>QUA DEP</b>	.230	<b>.360*</b>	.167	.203	.105	.236	.298	.237	.257	.267
<b>ATP DEP</b>	-.025	<b>.482**</b>	.305	.162	.091	<b>.431*</b>	.171	.306	.265	.266
<b>ATP EVIT</b>	.232	.286	.207	.195	.166	.262	.148	.290	.219	.249
<b>ATP HIPER</b>	.278	<b>.554**</b>	<b>.487**</b>	<b>.456**</b>	<b>.435*</b>	<b>.507**</b>	<b>.415*</b>	<b>.437**</b>	<b>.514**</b>	<b>.509**</b>
<b>ATP BORD.</b>	.319	<b>.341*</b>	.123	.265	<b>.341*</b>	<b>.395*</b>	.171	.218	.311	.324
<b>ATP POC</b>	-.033	.102	.059	.157	.123	.154	-.032	.118	.148	.090

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01



Observando a matriz de correlação entre as sub-escalas do PAMaDeP e do SCL-90R (Quadro 23), salienta-se o papel diferencial da percepção da relação na infância com a mãe e com o pai relativamente ao relato de sintomatologia psicopatológica actual. Assim, não são encontradas correlações significativas entre as sub-escalas referentes à relação com a mãe do PAMaDeP e as sub-escalas do SCL-90R, ao passo que a sub-escala de *Fusão* referente à percepção da relação com o pai se correlaciona moderadamente com as sub-escalas de somatização e depressão. Da escala referente à percepção da relação com a família na infância (na escala "Quando era pequena"), a sub-escala relativa à *Hiperpreocupação com a família* apresenta uma correlação moderada com as sub-escala de *Obsessão-compulsão*, *Ansiedade* e *Ansiedade fóbica* e a sub-escala de *Dependência* com a sub-escala de *Obsessão-compulsão*. Na escala do PAMaDeP relativa à percepção de características da personalidade anteriores ao problema actual (escala "Antes de ter este problema"), destaca-se a sub-escala de *Hipervigilância*, que se encontra correlacionada positivamente com a quase totalidade das sub-escalas do SCL-90R, com excepção da sub-escala de *Somatização*. Ainda na mesma escala, a sub-escala de *Personalidade dependente* encontra-se moderadamente correlacionada com as sub-escalas de *Obsessão-compulsão* e *Hostilidade*. Finalmente, a sub-escala de *Personalidade borderline* encontra-se moderadamente correlacionada com as sub-escalas de *Obsessão-compulsão*, *Ansiedade* e *Hostilidade*.

**Quadro 24: Matriz de correlação de Pearson entre os Mega-itens e as sub-escalas do PAMaDeP**

	Mãe Base	Disp. Mat.	Disp. Pat.	Pai Rigo.	Dis. Fam.	Preo.	Desl.	Coer.	Mãe Rigo.	Ema. Fam.	Rej. Par.
<b>FM REJ</b>	<b>-.404*</b>	<b>-.653*</b>	.074	-.235	.139	.191	.080	.160	<b>.510**</b>	.125	.116
<b>FM SOB</b>	-.196	-.215	.109	-.216	.028	-.120	-.133	<b>.391*</b>	<b>.343*</b>	.045	-.231
<b>FM FUS</b>	-.102	.231	<b>-.333*</b>	<b>.385*</b>	<b>.401**</b>	.076	.029	-.186	-.180	<b>.321*</b>	.097
<b>FP REJ</b>	-.142	.025	<b>-.761*</b>	<b>.695**</b>	<b>.319*</b>	.125	.213	.112	-.176	.273	.255
<b>FP SOB</b>	-.081	-.033	-.004	-.018	.146	.048	-.071	.021	.166	.087	-.017
<b>FP FUS</b>	-.066	-.149	<b>.331*</b>	<b>-.325*</b>	.077	-.015	-.146	-.076	.224	.014	-.075
<b>QUA ABAN</b>	-.283	-.202	<b>-.420*</b>	.291	.287	.155	.080	.227	.082	.291	.117
<b>QUAN HIP</b>	.012	-.070	-.008	.040	.098	-.101	-.027	.115	.130	-.067	-.079
<b>QUA DEP</b>	.066	.063	.063	-.078	-.023	-.107	<b>-.396*</b>	.256	.128	-.004	-.293
<b>ATP DEP</b>	.001	-.006	.001	-.026	-.075	-.011	-.290	.230	.170	.013	-.239
<b>ATP EVIT</b>	-.046	-.089	-.047	-.024	-.051	-.084	-.145	.226	.128	.020	-.131
<b>ATP HIPER</b>	-.046	-.137	.004	-.023	-.002	.082	-.195	.162	.199	.034	-.178
<b>ATP BORD.</b>	-.130	-.154	.009	-.067	.046	-.081	<b>-.338*</b>	<b>.354*</b>	.197	.046	-.231
<b>ATP POC</b>	-.184	-.205	.101	-.038	.016	.111	-.227	.093	.231	.116	-.132

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01

Examinando a matriz de correlação entre os Mega-itens da *AAI* e o PAMaDeP (Quadro 24) verifica-se a existência de uma relação negativa entre os Mega-itens Mãe base-segura e *Disponibilidade materna* e a percepção de Rejeição materna no PAMaDeP. O Mega-item *Disponibilidade paterna* correlaciona-se negativamente com a sub-escala de *Fusão* relativa à mãe, com a sub-escala de *Abandono* (da escala “Quando era pequena”) e, de forma marcada, com a sub-escala de *Rejeição* relativa ao pai; este Mega-item correlaciona-se positivamente, embora de forma moderada, com a sub-escala de *Fusão* da escala relativa à relação com o pai na infância. O Mega-item Pai rigoroso correlaciona-se positivamente com a sub-escala de *Rejeição* na relação com o pai na infância e negativamente, embora de forma moderada, com a sub-escala de *Fusão* da mesma escala. O Mega-item *Disrupção familiar* está moderadamente correlacionado com as sub-escalas de *Fusão* (Forma Mãe) e *Rejeição* (Forma Pai). Relativamente ao Mega-item *Desligado*, este encontra-se negativamente correlacionado com a sub-escala de *Dependência* da escala “Quando era pequena” e com a sub-escala de *Personalidade borderline* da escala “Antes de ter este problema”. O Mega-item *Coerência* apresenta correlações moderadas com as sub-escalas de *Sobreprotecção* (Forma Mãe) e de *Personalidade borderline* da escala “Antes de ter este problema”. O Mega-item específico das perturbações alimentares *Mãe rigorosa* encontra-se significativamente correlacionado em simultâneo com as sub-escalas de *Rejeição* e *Sobreprotecção* da escala “Forma Mãe” do PAMaDeP. Finalmente, o Mega-item de *Emaranhamento familiar* apresenta uma correlação moderada com a sub-escala de *Fusão*, da escala “Forma Mãe”.

**Quadro 25: Matriz de correlação de Pearson entre os Mega-itens e as sub-escalas do EDI**

	Mãe Base	Disp. Mat.	Disp. Pat.	Pai Rigo.	Dis. Fam.	Preo.	Desl.	Coe.	Mãe Rigo.	Ema. Fam.	Rej. Par.
<b>Tend. Emag.</b>	.028	-.012	.216	-.212	-.122	.063	<b>-.323*</b>	.257	-.042	-.093	-.299
<b>Desc. interp.</b>	-.063	-.158	.203	<b>-.317*</b>	-.121	-.131	-.122	.171	.279	-.148	-.162
<b>Perfecc.</b>	-.228	-.256	<b>.320*</b>	<b>-.326*</b>	.118	.115	-.105	-.004	.289	.054	-.092
<b>Bulimia</b>	<b>-.331*</b>	-.242	.052	-.163	.302	.141	-.169	.111	.205	.160	-.102
<b>Medos matur.</b>	-.102	-.144	.256	<b>-.362*</b>	-.144	.048	-.265	.177	.230	.002	-.264
<b>Consci. intero.</b>	-.157	-.132	-.057	-.066	.107	-.004	-.306	.225	.146	.093	-.180
<b>Insat. corp.</b>	.159	.115	.081	-.109	-.118	-.012	.082	-.041	-.081	-.198	-.046
<b>Inefic.</b>	-.020	-.056	.214	-.252	-.041	-.050	-.174	.051	.194	-.089	-.163
<b>EDI Total</b>	-.141	-.173	.220	<b>-.335*</b>	.018	.071	-.330	.182	.240	.003	-.272

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01

Analisando a matriz de correlação entre as sub-escalas do EDI e os Mega-itens da vinculação (Quadro 25), verifica-se a existência de correlações negativas moderadas entre o Mega-item *Mãe base-segura* e a escala de *Bulimia*, entre o Mega-item *Pai rigoroso* e as sub-escalas de *Desconfiança interpessoal*, *Perfeccionismo* e *Medos da maturidade* e entre o Mega-item *Desligado* e a sub-escala de *Tendência para emagrecer*. O Mega-item de *Disponibilidade paterna* correlaciona-se positivamente e de forma moderada com a sub-escala de *Perfeccionismo*.

**Quadro 26: Matriz de correlação de Pearson entre os Mega-itens e as sub-escalas do SCL-90R**

	<b>Mãe Base</b>	<b>Disp. Mat.</b>	<b>Disp. Pat.</b>	<b>Pai Rig..</b>	<b>Dis. Fam.</b>	<b>Pré..</b>	<b>Desl.</b>	<b>Coe..</b>	<b>Mãe Rig..</b>	<b>Ema. Fam.</b>	<b>Rej. Par.</b>
<b>Somat.</b>	.019	-.060	.080	-.154	.175	-.058	-.104	.131	.005	-.026	-.140
<b>Obses. Comp.</b>	.149	.091	.010	-.046	.034	-.066	-.192	.146	.022	-.127	-.184
<b>Sensi. interp.</b>	-.141	-.042	-.032	-.078	.159	.244	-.041	-.063	.069	.133	-.028
<b>Depre.</b>	-.014	-.057	.064	-.107	.192	.105	.030	-.066	.074	-.011	.012
<b>Ansie.</b>	-.080	-.056	.135	-.175	.191	-.035	-.178	.154	.011	-.032	-.174
<b>Hostili.</b>	-.142	-.112	-.236	.088	.191	.222	-.129	.067	.117	.225	-.027
<b>Ans. Fóbica</b>	-.038	.036	.008	-.047	.279	.063	.010	.022	.016	.073	-.064
<b>Paran.</b>	-.113	-.051	-.012	-.068	.198	.165	-.042	-.003	.067	.082	-.038
<b>Psicoti.</b>	-.074	-.045	.004	-.070	.177	.125	-.032	.052	.082	.047	-.086
<b>GSI</b>	-.038	-.024	.013	-.097	.210	.091	-.018	.056	.043	.034	-.098

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01

Não se encontram relações significativas entre os Mega-itens da vinculação e o auto-relato de sintomatologia psicopatológica através do SCL-90R (Quadro 26).

**Quadro 27: Matriz de correlação de Pearson entre as estratégias da vinculação e as sub-escalas do EDI**

	<b>Segurança/ Insegurança</b>	<b>Desactivação/ Hiperactivação</b>
<b>Tendência para emagrecer</b>	.212	.248
<b>Desconfiança interpessoal</b>	.159	.036
<b>Perfeccionismo</b>	.035	.185
<b>Bulimia</b>	.002	<b>-.348*</b>
<b>Medo da maturidade</b>	.131	<b>-.358*</b>
<b>Consciência interoceptiva</b>	.122	-.300
<b>Insatisfação Corporal</b>	.008	.085
<b>Ineficácia</b>	.089	-.060
<b>EDI Total</b>	.112	<b>-.379*</b>

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Conforme pode ser observado no Quadro 27, a dimensão Desactivação-Hiperactivação encontra-se negativamente correlacionada, de forma moderada, com as sub-escalas de *Bulimia* e *Medos da maturidade* do EDI, indicando uma associação entre a hiperactivação do sistema de vinculação e a manifestação destes sintomas.

**Quadro 28: Matriz de correlação de Pearson entre as estratégias de vinculação e as sub-escalas do SCL-90 R**

	<b>Segurança/ Insegurança</b>	<b>Desactivação/ Hiperactivação</b>
<b>Somatização</b>	.103	-.123
<b>Obsessão-compulsão</b>	.141	-.075
<b>Sensibilidade interpessoal</b>	-.115	-.217
<b>Depressão</b>	-.078	-.029
<b>Ansiedade</b>	.105	-.167
<b>Hostilidade</b>	-.069	<b>-.327*</b>
<b>Ansiedade fóbica</b>	-.005	-.087
<b>Paranóia</b>	-.055	-.160
<b>Psicoticismo</b>	-.018	-.168
<b>GSI</b>	.002	-.195

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

A avaliação da relação entre as sub-escalas do SCL-90R e os valores de correlação das entrevistas com os protótipos da vinculação (Quadro 28) permite encontrar apenas uma correlação negativa moderada entre a sub-escala de *Hostilidade* e a dimensão Desactivação-Hiperactivação. Assim, os indivíduos que demonstram uma maior hiperactivação do sistema de vinculação durante a *AAI* relatam maiores sintomas de hostilidade no SCL-90R.

**Quadro 29: Matriz de correlação de Pearson entre os Mega-itens e a Condutância da Pele**

	<b>Mãe Base</b>	<b>Disp. Mat.</b>	<b>Disp. Pat.</b>	<b>Pai Rigo.</b>	<b>Dis. Fam.</b>	<b>Preo.</b>	<b>Desl.</b>	<b>Coer.</b>	<b>Mãe Rigo.</b>	<b>Ema. Fam.</b>	<b>Rej. Par.</b>
<b>R3- LB</b>	-.204	<b>-.325*</b>	.101	-.140	.099	.234	.219	-.289	.290	.155	.262
<b>R4- LB</b>	-.223	-.300	-.081	.058	.138	<b>.317*</b>	.290	<b>-.328*</b>	.200	.206	<b>.346*</b>
<b>R6- LB</b>	-.299	-.304	-.190	.156	.222	<b>.435**</b>	<b>.372*</b>	<b>-.485**</b>	.207	.314	<b>.470**</b>
<b>R7- LB</b>	-.258	-.243	-.239	.219	.136	<b>.348*</b>	<b>.343*</b>	<b>-.450**</b>	.167	.259	<b>.455**</b>
<b>R8- LB</b>	-.307	-.315	-.295	.253	.231	<b>.398*</b>	<b>.379*</b>	<b>-.514**</b>	.238	.315	<b>.511**</b>
<b>R9- LB</b>	-.302	-.322	-.182	.128	.194	<b>.374*</b>	.257	<b>-.453**</b>	.270	.306	<b>.401*</b>
<b>R13- LB</b>	-.280	<b>-.374*</b>	-.064	.078	.070	.219	.317	-.293	<b>.337*</b>	.163	<b>.377*</b>
<b>R14- LB</b>	<b>-.365*</b>	<b>-.452**</b>	-.107	.069	.242	<b>.337*</b>	.277	-.250	<b>.415*</b>	.289	<b>.372*</b>
<b>R21- LB</b>	-.082	-.186	.039	-.022	-.018	.115	.238	-.254	.154	.009	.253

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01

Como pode ser observado no Quadro 29, sete dos Mega-itens da vinculação apresentam correlações com as variações na condutância da pele durante a resposta às questões críticas da vinculação, sendo evidentes relações diferenciais de três Mega-itens associados à segurança da vinculação (*Mãe base-segura*, *Disponibilidade materna* e *Coerência*) e de quatro Mega-itens associados à insegurança da vinculação, não se distinguindo as diferentes estratégias secundárias de hiperactivação ou desactivação. Assim, valores mais elevados nos Mega-itens *Mãe base-segura*, *Disponibilidade materna* e *Coerência* relacionam-se com uma diminuição na condutância da pele na resposta a diversas questões críticas da vinculação em relação à linha de base.



Especificamente, foram encontradas correlações negativas entre o Mega-item *Mãe base-segura* e a resposta à questão sobre experiências traumáticas, entre o Mega-item de *Disponibilidade materna* e a resposta às questões sobre perdas e experiências traumáticas e entre o Mega-item de *Coerência* e a resposta à questão que apela à enunciação de cinco adjetivos que descrevam a relação na infância com o pai e às questões sobre experiências problemáticas, separações, rejeições e ameaças. Por outro lado, valores mais elevados nos Mega-itens *Desligado*, *Preocupado*, *Mãe rigorosa* e *Rejeição parental* encontram-se positivamente correlacionados com aumentos na condutância da pele na resposta a diferentes questões críticas da vinculação, relativamente à linha de base: o Mega-item *Preocupado* encontra-se correlacionado com a resposta à questão referente aos adjetivos sobre a relação com o pai na infância, às questões sobre problemas, separações, rejeições, ameaças e experiências traumáticas; o Mega-item *Desligado* encontra-se positivamente correlacionado com as respostas às questões sobre problemas, separações e rejeições; o Mega-item *Mãe rigorosa* está positivamente correlacionado com a resposta às questões sobre perdas e experiências traumáticas; finalmente, o Mega-item *Rejeição parental* encontra-se positivamente correlacionado com a resposta à questão dos adjetivos sobre a relação na infância com o pai e às respostas sobre situações problemáticas, separações, rejeições, ameaças, perdas e experiências traumáticas.

**Quadro 30: Matriz de correlação de Pearson entre os Mega-itens e a Frequência Cardíaca**

	Mãe Base	Disp. Mat.	Disp. Pat.	Pai Rigo.	Dis. Fam.	Preo.	Desl.	Coer.	Mãe Rigo.	Ema. Fam.	Rej. Par.
<b>R3- LB</b>	.051	.012	.069	-.021	-.052	-.013	.037	-.094	.000	.012	-.002
<b>R4- LB</b>	.038	-.062	.020	.013	-.060	.045	.026	-.057	.034	.016	.010
<b>R6- LB</b>	.130	.022	.160	-.098	-.134	-.074	-.034	-.056	-.007	-.097	-.055
<b>R7- LB</b>	.085	.084	-.040	.071	-.081	.026	-.002	-.122	-.087	.018	.051
<b>R8- LB</b>	.127	.038	.165	-.104	-.059	-.036	.004	-.193	-.003	-.047	.023
<b>R9- LB</b>	.121	-.017	.238	-.153	-.155	-.042	-.043	-.120	.045	-.082	-.031
<b>R13- LB</b>	.045	.014	.168	-.094	-.037	-.016	-.072	-.161	.042	.042	-.012
<b>R14- LB</b>	.067	.036	.177	-.169	-.063	-.239	-.076	.063	.071	-.110	-.155
<b>R21- LB</b>	.034	-.107	.200	-.156	-.067	-.011	.100	-.190	.156	-.045	.064

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01

A matriz de correlação entre os Mega-itens da vinculação e os valores da diferença entre a frequência cardíaca média durante a resposta às questões críticas da vinculação e a linha de base em repouso (Quadro 30) não aponta para a existência de relações significativas entre estas variáveis.

**Quadro 31: Matriz de correlação de Pearson entre os Mega-itens e o Rácio LF/HF**

	Mãe Base	Disp. Mat.	Dis p. Pat.	Pai Rigo.	Dis. Fam.	Preo.	Desl.	Coer.	Mãe Rigo.	Ema. Fam.	Rej. Par.
<b>LF/HF b1</b>	.059	.097	.143	-.122	-.128	-.094	-.179	.140	-.097	-.073	-.148
<b>LF/HF B2</b>	-.001	-.089	.061	-.084	-.158	.004	.056	.007	.027	-.037	.052
<b>LF/HF R3</b>	<b>.334*</b>	.157	.215	-.122	-.218	<b>-.325*</b>	-.051	.207	-.190	<b>-.373**</b>	-.201
<b>LF/HF R4</b>	.286	.250	<b>.310*</b>	-.228	-.238	<b>-.409**</b>	<b>-.364*</b>	<b>.400**</b>	-.171	<b>-.356*</b>	<b>-.422**</b>
<b>LF/HF R6</b>	.196	.171	.183	-.076	-.184	<b>-.367*</b>	-.236	<b>.318*</b>	-.171	-.277	<b>-.299*</b>
<b>LF/HF R7</b>	.150	.089	.201	-.144	-.079	-.224	<b>-.317*</b>	.251	-.076	-.154	-.244
<b>LF/HF R8</b>	.187	-.017	<b>.326*</b>	-.215	-.186	<b>-.304*</b>	-.260	<b>.377*</b>	.026	<b>-.315*</b>	<b>-.302*</b>
<b>LF/HF R9</b>	-.022	-.206	<b>.425**</b>	<b>-.383*</b>	-.144	-.237	-.120	.297	.212	<b>-.308*</b>	-.212
<b>LF/HF R13</b>	.220	.207	.082	-.027	-.136	-.169	-.281	.272	-.201	-.170	<b>-.296*</b>
<b>LF/HF R14</b>	.161	.100	-.123	.096	-.036	.004	-.095	.076	-.076	-.108	-.057
<b>LF/HF R21</b>	.128	.296	-.142	.191	.087	-.171	-.100	.193	-.209	-.086	-.172

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01

Explorando a relação entre os Mega-itens da vinculação e o rácio LF/HF durante a resposta às questões críticas da vinculação (Quadro 31), verifica-se uma correlação positiva moderada entre o Mega-item *Mãe base-segura* e o rácio LF/HF durante a resposta à questão que apela à enumeração de cinco adjecivos que caracterizem a relação na infância com a mãe (questão 3), entre o Mega-item *Disponibilidade paterna* e a resposta à questão que solicita cinco

adjectivos sobre a relação na infância com o pai (questão 4) e a resposta às questões sobre experiências de rejeição (questão 8) e ameaças (questão 9), entre o Mega-item de *Coerência* e a resposta às questões 4, 6 e 8. Por outro lado, encontram-se correlações negativas entre o Mega-item *Pai rigoroso* e a resposta à questão sobre ameaças, entre o Mega-item *Preocupado* e a resposta às questões 3, 4 e 8, entre o Mega-item *Desligado* e a resposta às questões 4 e 7 (separações), entre o Mega-item *Emaranhamento familiar* e a resposta às questões 3, 4, 8 e 9 e entre o Mega-item de *Rejeição parental* e a resposta às questões 4, 6, 8 e 13 (perdas). Em síntese, parece consistente a existência de relações positivas entre o rácio LF/HF e valores mais elevados em Mega-itens associados à segurança da vinculação e de relações negativas entre o indicador de variabilidade cardíaca e Mega-itens associados à insegurança da vinculação, não havendo distinção entre Mega-itens relacionados com estratégias de hiperactivação (*Preocupado*) e de desactivação (*Desligado*) do sistema de vinculação relativamente a esta variável fisiológica.

**Quadro 32: Matriz de correlação de Pearson entre as estratégias de vinculação e a condutância da pele**

	<b>Segurança/ Insegurança</b>	<b>Desactivação/ Hiperactivação</b>
<b>Baseline</b>		
<b>Repouso</b>	<b>.394*</b>	-.082
<b>Baseline 2</b>	.134	<b>-.362*</b>
<b>R3-LB</b>	-.293	.044
<b>R4-LB</b>	<b>-.375*</b>	.040
<b>R6-LB</b>	<b>-.519**</b>	.056
<b>R7-LB</b>	<b>-.457**</b>	.120

	<b>Segurança/ Insegurança</b>	<b>Desactivação/ Hiperactivação</b>
<b>R8-LB</b>	<b>-.520**</b>	.116
<b>R9-LB</b>	<b>-.457**</b>	.045
<b>R13-LB</b>	<b>-.333*</b>	.170
<b>R14-LB</b>	<b>-.375*</b>	-.041
<b>R21-LB</b>	-.212	.203

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Observando a matriz de correlação entre a condutância da pele média (durante as 2 situações de linha de base e nas respostas às questões críticas da vinculação, subtraídas à linha de base em repouso) e a correlação com as estratégias de vinculação (Quadro 32), verifica-se que a segurança da vinculação está associada a valores médios mais elevados de condutância da pele no momento de repouso anterior à entrevista e a diminuições desta medida na resposta às principais questões críticas da vinculação, particularmente na questão sobre situações problemáticas e sobre experiências de rejeição. A dimensão Desactivação-Hiperactivação aparece unicamente associada a valores inferiores de condutância da pele durante o momento de conversa neutra anterior ao início da entrevista, i.e., aumentos da condutância da pele neste momento estão associados a uma maior hiperactivação do sistema de vinculação.

**Quadro 33: Matriz de correlação de Pearson entre as estratégias de vinculação e a frequência cardíaca**

	<b>Segurança/ Insegurança</b>	<b>Desactivação/ Hiperactivação</b>
<b>Baseline</b>		
<b>Repouso</b>	-.015	-.119
<b>Baseline 2</b>	-.198	.076
<b>R3-LB</b>	-.021	.075
<b>R4-LB</b>	-.038	.006
<b>R6-LB</b>	.038	.102
<b>R7-LB</b>	-.057	.044
<b>R8-LB</b>	-.045	.192
<b>R9-LB</b>	-.006	.123
<b>R13-LB</b>	-.037	.086
<b>R14-LB</b>	.153	.130
<b>R21-LB</b>	-.083	.168

\*p<0.05; \*\*p<0.01

Tal como nas análises de comparação dos padrões de vinculação, não se encontram correlações significativas entre a frequência cardíaca média durante os momentos de linha de base e nas respostas às questões centrais da *AAI* e as estratégias de vinculação (Quadro 33).

**Quadro 34: Matriz de correlação de Pearson entre as estratégias de vinculação e o rácio LF/HF**

	<b>Segurança/ Insegurança</b>	<b>Desactivação/ Hiperactivação</b>
<b>Baseline</b>		
<b>Repouso</b>	.134	-.101
<b>Baseline 2</b>	-.028	.015
<b>R3</b>	.273	.177
<b>R4</b>	<b>.458**</b>	-.015
<b>R6</b>	<b>.355*</b>	.040
<b>R7</b>	.256	-.063
<b>R8</b>	<b>.359*</b>	-.046
<b>R9</b>	.253	-.001
<b>R13</b>	.266	-.148
<b>R14</b>	.062	-.047
<b>R21</b>	.177	-.021

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Como pode observar-se no Quadro 34, relativamente ao rácio LF/HF, a segurança encontra-se positivamente correlacionada com aumentos deste indicador fisiológico da variabilidade cardíaca durante a resposta dos sujeitos às questões 4, 6 e 8. A dimensão Desactivação-Hiperactivação não se apresenta correlacionada com os valores deste indicador fisiológico em nenhum dos momentos centrais da entrevista.

## **Discussão dos resultados**

Ao avançar para a discussão dos resultados do estudo empírico, importa, desde já, destacar o carácter limitado das conclusões a retirar dos dados, circunscrevendo-as ao estudo do conjunto das participantes avaliadas, o qual não constitui uma amostra representativa da população com diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar. Espera-se, no entanto, que a exploração da relação entre as variáveis estudadas nesta amostra – psicopatologia, marcadores desenvolvimentais, padrões e estratégias de vinculação e actividade psicofisiológica de regulação autonómica – permita contribuir para o avanço do conhecimento sobre o papel da vinculação nas perturbações do comportamento alimentar e a relação entre a regulação autonómica e a organização discursiva e narrativa da história de vinculação em adultos.

A discussão dos resultados segue a seguinte organização: em primeiro lugar, apresenta-se uma reflexão sobre os dados clínicos e sócio-demográficos da amostra; de seguida, discutem-se os resultados sobre vinculação e sobre psicopatologia nos grupos clínicos; posteriormente, é feita uma reflexão acerca dos resultados sobre a relação entre vinculação e psicopatologia; finalmente, os principais resultados sobre vinculação e actividade fisiológica são examinados à luz da teoria e investigação prévias. Discutidos os principais resultados do estudo empírico, apresentam-se as limitações do estudo e sugerem-se novas investigações.

### **Caracterização clínica e sócio-demográfica**

No que diz respeito à caracterização clínica das participantes, salienta-se o facto de os dois grupos clínicos não se distinguirem significativamente em relação ao conjunto de variáveis de natureza sócio-demográfica e de história do



problema alimentar. Os dados relativos à idade de início do problema alimentar actual (entre os 12 e os 20 anos) aproximam este grupo de pacientes dos dados conhecidos que situam o início das perturbações alimentares na adolescência (APA, 2002; Steinhausen, 1994). Saliente-se, também, a presença de perturbações alimentares no passado, diferentes das que ocorrem no presente, o que é referido por 21% das participantes, indicando a presença do fenómeno de migração entre PCA referido por diversos autores (Fairburn, 2003; Fairburn & Harrison, 2003).

Outro resultado relevante sobre a história clínica deste grupo de pacientes com PCA é o facto da maioria (61.7%) referir ter vivido acontecimentos adversos no ano anterior ao início do problema actual, salientando-se como o mais referido a sobrecarga de exigências, seguindo-se a existência de conflitos familiares, doenças e rompimento de relações afectivas. A ocorrência de acontecimentos de vida marcados pela adversidade vem de encontro à literatura sobre factores de risco para as PCA, onde o impacto de acontecimentos de vida geradores de *stress* tem vindo a ser associado ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos de Anorexia Nervosa ou de Bulimia Nervosa, em muitos dos estudos, mas não em todos (cf. revisão de Polivy & Herman, 2002). Importante é também o dado que aponta para a existência de outras manifestações psicopatológicas antes das perturbações do comportamento alimentar, em quase 30% das pacientes. A história prévia de psicopatologia, nomeadamente quadros caracterizados por afecto negativo, baixa auto-estima e padrões cognitivos disfuncionais, tem sido evidenciada pela investigação sobre factores de risco para o desenvolvimento de PCA (Micali, 2005; Polivy & Herman, 2002).

Ainda no domínio da caracterização clínica desta amostra, a influência da perturbação alimentar na sua vida actual é, para a maioria das participantes, percebida como moderada, severa ou muito severa, sendo de destacar

ainda que a evolução do problema alimentar é vista como variável, embora uma percentagem elevada (34%) refira uma evolução positiva, o que deverá estar relacionado com o facto de receberem acompanhamento psicoterapêutico.

### **Vinculação nos grupos clínicos**

A distribuição das participantes pelos três principais padrões de vinculação vai de encontro à literatura que tem descrito, em geral, uma sobre-representação de sujeitos classificados como inseguros em amostras clínicas, em comparação com a distribuição esperada para a população não-clínica (cf. Van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 1996; Soares & Dias, 2006) e em amostras específicas com perturbações do comportamento alimentar, quando comparadas com sujeitos da população geral (cf. revisões de Ward et al., 2000; Soares et al., 2007). Embora a diferença na classificação pelos três padrões de vinculação não seja significativa, existe uma maior proporção de pacientes classificadas como preocupadas no grupo purgativo, sendo este dado corroborado pela diferença significativa entre os dois grupos clínicos em termos das estratégias de vinculação, existindo uma maior aproximação ao pólo de hiperactivação no grupo purgativo, quando comparado com o restritivo. Estes resultados vão de encontro a estudos prévios que apontavam para uma associação entre o padrão desligado e a anorexia nervosa de tipo restritivo e entre o padrão preocupado e a bulimia nervosa e a anorexia nervosa de tipo ingestão compulsiva/purgativo (Candelori & Ciocca, 1998; Ward et al., 2000). Para além disso, o facto de tanto as pacientes com perturbação de tipo purgativo como de tipo restritivo se aproximarem mais do pólo de hiperactivação do que do pólo de desactivação, na dimensão relativa às estratégias secundárias de vinculação, aproxima-se da teorização de Guidano (1987), quando afirma que a organização cognitiva pessoal dos indivíduos com

desordens de alimentação é caracterizada por um modelo dinâmico de vinculação emaranhado ou preocupado.

### **Psicopatologia nos grupos clínicos**

A avaliação de sintomatologia psicopatológica geral, medida através da resposta das participantes ao SCL-90R, não permitiu encontrar diferenças entre os dois grupos de pacientes, sendo de salientar a presença de valores acima do ponto de corte entre população clínica e não-clínica em todas as sub-escalas deste instrumento. Estes resultados, em conjugação com as elevadas correlações encontradas entre as sub-escalas dos dois instrumentos, sugerem a presença de co-morbilidade psicopatológica neste conjunto de jovens e adultas com diagnóstico de PCA, facto que tem sido vastamente documentado (cf. Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple & Cohen, 1991; Braun; Sunday & Halmi, 1994; Pinho, 2000).

A avaliação de sintomatologia específica das perturbações alimentares com recurso ao EDI indicou a presença de valores típicos da população clínica em ambos os grupos e em todas as sub-escalas desse instrumento, salientando-se apenas a existência de diferenças significativas entre grupos em relação à sub-escala de bulimia, na qual as pacientes do grupo purgativo apresentam, como seria previsível, valores superiores às do grupo restritivo. A proximidade dos valores encontrados em ambos os grupos nas restantes sub-escalas e no valor total do EDI, bem como o valor elevado destas variáveis, constituem apoios empíricos à perspectiva transdiagnóstica das PCA (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Por outro lado, estes resultados confirmam também, em certa medida, a perspectiva teórica de Guidano (1991) relativamente à organização psicopatológica das PCA, tendo em conta que a maioria das variáveis que surgem elevadas neste instrumento correspondem às dimensões psicológicas centrais que Guidano identificou para esta organização

psicopatológica, nomeadamente a dificuldade em identificar os estados internos, os sentimentos de ineficácia pessoal, a importância excessiva atribuída a críticas e pontos de referência externos, como a questão da imagem corporal e o perfeccionismo.

Os resultados obtidos pelos dois grupos de participantes no PAMaDeP, não revelam diferenças significativas entre os dois grupos clínicos em relação às diferentes sub-escalas, correspondentes a marcadores do desenvolvimento para a psicopatologia, e corroboram uma leitura transdiagnóstica das PCA: as percepções que as pacientes com perturbação de tipo restritivo têm da sua história desenvolvimental não é significativamente diferente das percepções das pacientes purgativas, o que revela a comunalidade desenvolvimental entre estes dois sub-grupos.

### **Vinculação e psicopatologia**

Das análises dos resultados dos três padrões de vinculação em função da psicopatologia, salienta-se a presença de níveis inferiores de manifestação de sintomatologia das perturbações alimentares, medida através de auto-relato, em pacientes classificadas como desligadas. Para além disso, as participantes desligadas apresentam também valores inferiores às seguras e preocupadas em termos da percepção que têm da interferência do problema alimentar na sua vida. Embora as diferenças entre as participantes classificadas como seguras e preocupadas não sejam significativas, salienta-se a presença, nas variáveis referidas, de valores superiores no grupo de pacientes preocupadas.

Examinando os resultados das análises de correlação entre as estratégias de vinculação e o auto-relato de sintomas psicopatológicos, destaca-se a correlação negativa entre a dimensão Desactivação-Hiperactivação e as sub-escalas de *Bulimia* e *Medos da maturidade* do EDI e a sub-escala de *Hostilidade* do SCL-90 R, indicando uma associação entre a hiperactivação do sistema de

vinculação e a manifestação destes sintomas. Estes resultados poderão corresponder aos encontrados no estudo de Kobak & Sceery (1988) em termos de níveis mais elevados de sintomas psiquiátricos em estudantes universitários classificados como preocupados, quando comparados com os outros grupos. A investigação sobre psicoterapia e vinculação (Dozier, 1990; Dozier, Cue & Barnett, 1994; Dozier & Tyrell, 1997; Korfmacher, Adam, Ogawa & Egeland, 1997) tem revelado que os pacientes classificados como preocupados tendem a apresentar-se vulneráveis e frágeis, a referir múltiplas queixas e acentuadas dificuldades nas relações e a exprimir raiva. Além disso, tendem a manifestar dificuldades maiores em serem tranquilizados e oscilam entre pedir ajuda e recusar o apoio e são percebidos pelos terapeutas como muito ambivalentes na relação terapêutica.

A comparação entre os padrões de vinculação ao nível dos marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia, medidos através do PAMaDeP, não permitiu encontrar diferenças significativas entre os grupos. No entanto, ao examinar-se a relação entre os mega-itens da vinculação com as sub-escalas do PAMaDeP, constata-se uma elevada correspondência entre estas duas medidas que se traduz na existência de correlações negativas entre mega-itens associados à segurança da vinculação e um conjunto de marcadores para a psicopatologia, bem como de correlações positivas entre mega-itens associados à insegurança da vinculação e diversos marcadores desenvolvimentais. Estes resultados, ainda que inscritos num desenho de investigação transversal, sugerem a importância do conhecimento das trajectórias desenvolvimentais para o desenvolvimento de psicopatologia, bem documentada nos estudos de natureza longitudinal revistos (Grossmann, Grossmann, & Kindler, 2005; Hamilton, 2000; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005; Waters, Weinfield & Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000).

A análise das correlações entre as sub-escalas do PAMaDeP e os níveis de sintomatologia alimentar revela a importância de determinados marcadores na manifestação de sintomas. Assim, níveis elevados de hiperpreocupação com a família na infância, hipervigilância e características da personalidade borderline ao longo do desenvolvimento encontram-se associados a valores mais elevados na tendência para emagrecer; relatos de sobreprotecção paterna e de uma relação fusional com o pai estão relacionados com níveis superiores de perfeccionismo e comportamentos bulímicos; níveis elevados de hipervigilância na infância encontram-se significativamente associados a manifestações mais elevadas de sintomatologia psicopatológica geral.

### **Vinculação e actividade autonómica**

A comparação entre os dois grupos clínicos ao nível da actividade autonómica durante a *AAI* não revela diferenças significativas em nenhuma das medidas utilizadas. No entanto, a relação entre as diferentes variáveis da vinculação e a actividade fisiológica das participantes ao longo da entrevista permitiu encontrar diferenças e associações significativas entre estes dois tipos de variável, permitindo evidenciar a relevância das medidas de funcionamento autonómico para a compreensão das diferenças individuais na vinculação em jovens e adultos.

Como principais resultados, destacam-se as diferenças encontradas entre padrões de vinculação e variações na condutância da pele durante a resposta a questões críticas da vinculação. Assim, no que diz respeito à condutância da pele, as participantes classificadas como seguras apresentaram valores significativamente inferiores às restantes – com os valores mais elevados presentes nas participantes desligadas – nas respostas às questões sobre problemas, separações, rejeições e ameaças. Este resultado vai de encontro, embora de forma limitada, aos estudos realizados junto de sujeitos da

população não-clínica, onde foram descritas associações entre aumentos na condutância da pele e o uso de estratégias de desactivação (Dozier & Kobak, 2002; Roisman et al., 2004; Roisman, 2007). A leitura das diferenças individuais da vinculação à luz de medidas dimensionais, nomeadamente em termos da utilização de estratégias de segurança versus insegurança e de desactivação versus hiperactivação no presente estudo não replica os resultados dos estudos anteriores (Dozier & Kobak, 2002; Roisman et al., 2004; Roisman, 2007). Assim, a correlação negativa entre a medida contínua de segurança e os aumentos na condutância da pele em diversas questões da *AAI*, que não é acompanhada por correlações significativas ao nível das estratégias secundárias de desactivação ou hiperactivação, parece indicar o papel determinante da insegurança da vinculação na activação simpática durante a resposta a questões críticas da vinculação.

Em relação à frequência cardíaca, as variações nesta medida durante a resposta às questões centrais da *AAI* não se encontram, nesta amostra, associadas às variáveis da vinculação, quer numa perspectiva categorial (padrões), quer dimensional (estratégias). Resultados deste tipo foram também apresentados no estudo prévio onde foi efectuado o registo de ECG durante a *AAI* (Roisman et al., 2004).

Os resultados relativos à variabilidade cardíaca, através da medição do rácio LF/HF, apontam para uma associação entre diversos indicadores da segurança da vinculação (padrão seguro, uso de estratégias seguras e megaitens relacionados com a segurança) e valores aumentados de activação simpática (ou diminuição da actividade vagal – retirada parassimpática) durante a resposta a questões críticas da vinculação. Este resultado é aparentemente incoerente com a relação encontrada entre a insegurança da vinculação e o aumento da condutância da pele na mesma tarefa, indicando uma activação simpática. De facto, a literatura relativa ao balanço simpático-vagal tem

sugerido que o predomínio da actividade vagal ou parassimpática está associado a melhores resultados em termos de saúde física e de regulação emocional (Fabes & Eisenberg, 1997; Fox, 1989; Porges, 1992; Porges et al., 1994). No entanto, vários estudos recentes têm enfatizado a importância da retirada parassimpática (correspondendo a aumentos do rácio LF/HF) durante o confronto com situações de desafio, indicando regulação emocional (Bornstein & Suess, 2000; De-Gangi, DiPietro, Greenspan & Porges, 1991). Um estudo realizado junto de jovens estudantes com valores baixos e elevados de alexitimia demonstrou que aqueles que manifestavam maior capacidade para identificar e expressar emoções, isto é, com níveis inferiores de alexitimia, apresentavam aumentos mais significativos no rácio LF/HF em situações de *stress* do que os sujeitos com maior alexitimia (Fukunishi, Hiroyoshi, Morita & Rahe, 1999). Para além das investigações que, em situações de desafio, relacionam os aumentos no rácio LF/HF com níveis superiores de regulação emocional, a expressão emocional, quer de afectos negativos quer positivos, parece estar também associada a aumentos no rácio LF/HF em comparação com a linha de base em repouso num grupo de adultos saudáveis (McCraty, Atkinson, Tiller, Rein & Watkins, 1995).

Examinando os resultados obtidos pelas participantes com PCA, poder-se-á sugerir que o uso de estratégias seguras de vinculação durante a *AAI*, uma situação activadora do sistema de vinculação, está relacionado com menores níveis de activação (aumentos inferiores na condutância da pele, em comparação com os sujeitos inseguros) e com um envolvimento mais adaptativo – no sentido de maior regulação emocional – durante o confronto com memórias relacionadas com situações difíceis vivenciadas ao longo do seu desenvolvimento. Naturalmente, atendendo ao facto de estes serem os primeiros dados com medidas de variabilidade cardíaca durante a administração da *AAI*, à natureza da população avaliada e à ausência de comparação com



sujeitos sem psicopatologia, esta interpretação dos dados permanece num nível especulativo.

### **Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras**

O presente estudo comporta um conjunto de limitações. Em primeiro lugar, pela natureza da população estudada, o facto de a amostra ser constituída por pacientes acompanhadas em consultas da especialidade não reflecte a população de mulheres com perturbações do comportamento alimentar. Ainda no respeitante à amostra, o facto da recolha de dados decorrer, na maioria dos casos, num contexto externo ao local onde as pacientes recebem tratamento limitou a representatividade da mesma. Apesar dos esforços nesse sentido, não foi possível obter dados fiáveis do índice de massa corporal das participantes à data da realização das entrevistas, o que impediu o estudo dessa variável nas análises realizadas e fez depender o diagnóstico da apreciação clínica dos técnicos que as acompanhavam.

Além disso, a utilização de medicação psiquiátrica não foi controlada, podendo esta variável interferir com os dados de natureza fisiológica avaliados. No que se refere, ainda, aos dados fisiológicos, o elevado número de entrevistas realizadas com a versão 1.0 do BioDReAMS, que tinha uma baixa resolução do sinal, impediu a inclusão de todas as participantes no estudo em relação a algumas das variáveis avaliadas.

O estudo das relações entre variáveis de natureza interpessoal, nomeadamente a vinculação e o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar seria enriquecido com a inclusão de uma amostra de comparação proveniente da população geral, o que permitiria perceber melhor a influência das dimensões críticas da vinculação e dos marcadores desenvolvimentais para o aparecimento e manutenção destas perturbações.

A relação entre vinculação e actividade autonómica, explorada empiricamente neste estudo num grupo de pacientes com PCA, poderia ser aprofundada com a inclusão de um grupo de comparação sem psicopatologia. Para além disso, os dados fisiológicos avaliados com o sistema BioDReAMS durante a *AAI* poderiam ser complementados com a inclusão de um procedimento laboratorial estandardizado, por exemplo, indução de emoções, permitindo cruzar a resposta dos sujeitos a estímulos emocionais conhecidos com as variações nas medidas fisiológicas durante a *AAI*, possibilitando, desse modo, a identificação de padrões de resposta emocional à entrevista. Finalmente, no que diz respeito à análise dos dados fisiológicos, sugere-se o estudo das tendências temporais da actividade fisiológica ao longo da entrevista, recorrendo a métodos não-lineares.

Em suma, este estudo, por ser o primeiro a explorar as relações entre a vinculação e a actividade autonómica nas perturbações alimentares e pelo carácter exploratório das análises efectuadas, mais do que oferecer respostas, permite colocar mais questões para investigações futuras.

## CONCLUSÃO GERAL

De uma forma geral, esperamos que o presente estudo tenha contribuído para o aprofundamento do conhecimento sobre as relações entre vinculação e regulação autonómica nas perturbações alimentares. Os resultados obtidos junto deste grupo clínico apontam para a importância das relações de vinculação – especificamente histórias de desenvolvimento caracterizadas pela insegurança – no desenvolvimento da psicopatologia e, em particular, das perturbações do comportamento alimentar. Para além disso, o conhecimento do papel dos indicadores de regulação autonómica na organização da vinculação foi alargado com a realização deste estudo, por via das abordagens metodológicas seguidas e da população estudada.

Sintetizando os principais resultados do estudo, no que diz respeito à caracterização clínica e sócio-demográfica, o desenvolvimento da psicopatologia alimentar deste grupo de pacientes decorreu de forma semelhante ao que é conhecido na literatura sobre este quadro clínico, em termos de idade de início da perturbação, presença de perturbações alimentares ou outras perturbações psicopatológicas anteriores ao início da perturbação actual e da ocorrência de acontecimentos de vida adversos no ano anterior ao início da perturbação. Os dados clínicos, ao nível da expressão de sintomatologia psicopatológica, permitem também salientar a existência de uma proximidade entre os dois grupos estudados – pacientes com características restritivas e pacientes com características purgativas – reforçando a ideia proposta por Fairburn e cols. (2003) de que existe maior proximidade do que diferenças nas diversas perturbações do comportamento alimentar.

Em relação à organização da vinculação, o estudo indicou a presença de uma sobre-representação de padrões inseguros neste grupo de pacientes. Para além disso, encarando a organização da vinculação ao nível dimensional, o uso

de estratégias de hiperactivação durante a *AAI* caracteriza a maioria das participantes, embora isso ocorra de forma significativamente mais pronunciada em pacientes com características purgativas. O recurso a estratégias de hiperactivação e histórias desenvolvimentais caracterizadas pela presença de marcadores relacionais específicos (hipervigilância, sobreprotecção, preocupação excessiva, na infância, com a família) demonstraram também estarem associados à manifestação sintomática de psicopatologia geral e específica das perturbações alimentares. Estes dados permitem caracterizar a maioria das participantes como tendo vivenciado histórias desenvolvimentais marcadas por interacções com figuras de vinculação inconsistentes, que frequentemente estão contextualizadas em organizações familiares emaranhadas.

Relativamente à actividade autonómica, destacamos o facto de os dois grupos clínicos avaliados não se distinguirem significativamente em termos da resposta às questões críticas da vinculação durante a *AAI*. Foram as diferenças individuais na organização da vinculação, quer em termos de padrões, quer em termos de estratégias, que se assumiram como elemento diferenciador da configuração da actividade fisiológica das participantes durante a entrevista. Neste sentido, verifica-se que as estratégias de vinculação inseguras se associam a aumentos significativos na condutância da pele durante a resposta a questões críticas da vinculação e as estratégias seguras estão associadas a valores superiores do rácio LF/HF durante a *AAI*. Estes resultados permitem sugerir que o uso de estratégias seguras durante uma situação activadora do sistema de vinculação é vivido com uma menor ansiedade e com maior envolvimento cognitivo durante esta tarefa, que apela à organização narrativa da história desenvolvimental com as figuras de vinculação. Deste modo, uma trajectória desenvolvimental marcada por interacções com figuras de vinculação disponíveis, responsivas e sensíveis, terá contribuído para o desenvolvimento

de modelos internos dinâmicos da vinculação seguros; a segurança, mesmo que não constitua um factor de “inoculação” para a manifestação de um quadro de perturbação alimentar, pode concorrer para o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional mais positivas perante situações de *stress*.

Partindo para uma apreciação mais geral, este trabalho apresentou-se como um desafio que comporta duas faces: por um lado, o estudo realizado aporta contributos inovadores para o domínio da Psicopatologia do Desenvolvimento – especificamente, para a conceptualização das perturbações alimentares à luz da teoria da vinculação e para a compreensão dos mecanismos biológicos relacionados com a organização da vinculação – por outro lado, o carácter inovador de um trabalho como este acarreta um conjunto de dificuldades, limitações e interrogações que importa enumerar.

Um dos avanços do presente estudo está relacionado com a exploração de um território pouco conhecido, quer ao nível da metodologia, quer ao nível da problemática clínica estudada. Em termos metodológicos, foi o primeiro projecto de investigação realizado com o recurso ao sistema multimédia BioDReAMS, cujo desenvolvimento acompanhou o desenrolar do estudo empírico. A utilização deste sistema permitiu introduzir maior rigor no registo e na análise dos dados psicofisiológicos, em virtude de que assegura a exacta sincronização da informação audiovisual com os sinais biológicos, não tendo tal estado presente em estudos anteriores. Em relação ao grupo clínico estudado, as perturbações do comportamento alimentar constituem, como referido, uma problemática psiquiátrica muito complexa, de cruzamento dos domínios biológico, psicológico e social. Este projecto comportou exigências acrescidas em função das características clínicas das pacientes com esta patologia, nomeadamente pelo seu funcionamento interpessoal problemático, comprometendo, muitas vezes, a condução de um estudo que implicava um

grande envolvimento, exigia deslocações a um contexto estranho e a gravação em vídeo das entrevistas. Estas dificuldades tiveram uma implicação directa na duração do processo de recolha de dados, que ultrapassou de forma significativa as expectativas iniciais.

Do ponto de vista da avaliação psicofisiológica, o carácter inovador do presente estudo surge na análise da relação entre as medidas da actividade autonómica e a organização da vinculação num grupo clínico que, conforme referido, se situa no cruzamento de problemáticas de natureza biológica e relacional. Para além disso, tratou-se do primeiro estudo a examinar um indicador da variabilidade cardíaca durante a *AAI*, o que possibilitaria um novo olhar sobre o papel diferenciado dos dois componentes – simpático e parassimpático – do sistema nervoso autónomo perante a activação do sistema de vinculação.

Consideramos que se este estudo, nas suas dimensões metodológica e clínica, aporta contributos significativos para a compreensão desta temática, permanecem, no entanto, várias questões a explorar futuramente. Uma das questões prende-se com a população estudada – importa examinar as diferenças entre a população com PCA e a população não-clínica, procurando perceber melhor as características específicas dos dois grupos. Outra questão diz respeito à análise estatística dos dados: conforme referido, os dados obtidos com a versão 1.0 do sistema BioDReAMS apresentam limitações na resolução do sinal obtido, não permitindo avaliar flutuações espontâneas das variáveis estudadas, pelo que seria interessante proceder a estudos com amostras mais alargadas, com todas as entrevistas recolhidas através do BioDReAMS 2.0. No sentido de contribuir para a resposta a estas questões, está em curso um estudo com uma amostra de sujeitos da população não-clínica que permitirá avançar para análises mais sofisticadas, nomeadamente ao nível das tendências

temporais de resposta fisiológica durante a *AAI*, utilizando métodos não lineares.

No respeitante ao estudo das perturbações do comportamento alimentar, o presente trabalho procurou conhecê-las tendo em consideração uma perspectiva transdiagnóstica, centrando-se nas características comuns em termos do seu desenvolvimento, examinando diferenças em termos das manifestações clínicas e dividindo o grupo das pacientes em função da presença de características comportamentais mais salientes – predominância de comportamentos de restrição alimentar ou predominância de comportamentos compensatórios associados a situações de ingestão alimentar compulsiva. Os resultados obtidos, ao nível do estudo das variáveis da vinculação, suportam, por um lado, uma leitura assente no estudo das características comuns às perturbações alimentares – ao nível das histórias desenvolvimentais e da expressão de sintomatologia psicopatológica. Por outro lado, a observação ou abordagem diferencial em termos das manifestações clínicas recebe também suporte, na medida em que os dois grupos associam-se de forma distinta a diferentes estratégias de vinculação – a hiperactivação surge mais elevada no grupo de participantes com características purgativas.

Em relação ao estudo da organização da vinculação em adultos, a presente investigação procurou ir além da perspectiva categorial e examinar as diferenças individuais ao nível dimensional. Para isso, foi determinante a análise ao nível das estratégias de vinculação e dos mega-itens, que já tinham sido examinados em estudos anteriores (Dozier & Kobak, 1992; Cole-Detke & Kobak, 1996; Pinho, 2000), mas tendo ido além desta perspectiva ao examinar estas dimensões nas questões críticas da vinculação na *AAI*. Esperamos que este estudo possa contribuir para a discussão actual sobre se a forma mais adequada de representar o fenómeno da vinculação é a classificação em

categorias ou o recurso a uma abordagem dimensional (Roisman, Fraley & Belsky, no prelo).

Finalmente, importa reflectir sobre as implicações clínicas deste estudo, apesar destas não advirem directamente dos resultados obtidos, por se tratar de um trabalho mais próximo da investigação básica. Ao contribuir para explorar o papel das estratégias de vinculação, em termos da sua organização discursiva, comportamental e fisiológica nas perturbações alimentares, este estudo chama a atenção para a necessidade de o contexto terapêutico se ajustar adequadamente às características evidenciadas pela organização da vinculação dos pacientes. Lembrando a proposta que Bowlby fez para as cinco tarefas do processo psicoterapêutico, o terapeuta deverá proporcionar uma base segura, a partir da qual os pacientes podem explorar as experiências passadas e presentes. A segunda tarefa terapêutica consiste no apoio à exploração do *self*, do mundo relacional actual e das expectativas do paciente sobre os comportamentos e emoções manifestados por si e pelos outros. Uma terceira tarefa relaciona-se com o modo como o paciente, baseado nos seus modelos de vinculação, constrói a relação com o terapeuta. A quarta tarefa passa por ajudar o paciente a explorar a relação entre as suas percepções actuais, expectativas, afectos e comportamentos com situações vividas no passado, em especial com as suas figuras de vinculação. A última tarefa proposta por Bowlby tem como objectivo promover a reconstrução da história de vinculação a partir da reestruturação dos modelos de vinculação (Bowlby, 1988).

Neste sentido, os conceitos de segurança/insegurança da vinculação poderão ajudar o terapeuta a posicionar-se no contexto da psicoterapia, de uma forma estrategicamente mais favorável ao desenvolvimento do processo e da mudança. Uma organização segura de vinculação poderá funcionar como um recurso terapêutico, ao possibilitar a abertura e flexibilidade necessárias



para a exploração do *self* e das relações. De forma distinta, uma organização desligada, marcada pelo distanciamento na relação que se associa a uma reduzida elaboração emocional impõe constrangimentos ao processo terapêutico. Perante uma organização deste tipo, o terapeuta deverá organizar o processo no sentido de não confirmar as crenças e as expectativas dolorosas destes pacientes. Uma organização preocupada, caracterizada pela hiperactivação do sistema de vinculação – com elevados níveis de exigência de suporte e de dúvidas acerca do suporte que é proporcionado, exige flexibilidade do terapeuta em relação a esta postura ambivalente dos pacientes (Soares, Dias, Machado & Klein, no prelo).

Especificamente em relação à intervenção psicoterapêutica nas perturbações alimentares, a investigação tem demonstrado a eficácia de processos de cariz cognitivo-comportamental, focalizados nos sintomas e mecanismos de manutenção, especificamente na bulimia nervosa (cf., Wilson, 2005). No entanto, o conhecimento da importância dos factores de ordem interpessoal na manutenção dos sintomas das perturbações do comportamento alimentar e a demonstração da eficácia do modelo de Terapia Interpessoal aplicado à bulimia (c.f., Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000), levaram a que as propostas mais recentes de autores de orientação cognitivo-comportamental integrassem um conjunto de módulos terapêuticos que têm como objectivo intervir nas dificuldades interpessoais manifestadas por alguns pacientes com PCA (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Assim, e retomando a proposta de Bowlby (1998) quanto às tarefas psicoterapêuticas, parece importante que os terapeutas que intervêm junto de pacientes com perturbações alimentares estejam capazes de examinar as estratégias de vinculação e, funcionando como uma base segura flexível, possibilitem a exploração da história relacional com as figuras de vinculação e das dificuldades de cariz interpessoal que podem contribuir, no presente, para a manutenção da psicopatologia que apresentam.

Em síntese, a teoria e a investigação da vinculação constituem grelhas de leitura relevantes para a intervenção psicoterapêutica, e esta, por seu lado, constitui um território relevante para a emergência de questões conceptuais a explorar empiricamente e para validar resultados da investigação. Os avanços da ciência psicológica decorrem, também, deste e neste cruzamento de explorações e de saberes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aikens, J. E. (1999). Prevalence of somatic indicators of distress in diabetes patients: Comparison to psychiatric patients and community nonpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28, 3, 265-272.
- Ainsworth, M. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior, vol.2*. London: Methuen.\*
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.\*
- Ainsworth, M. (1977). Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In P. H. Leiderman & S. Tulkin (Eds.), *Culture and infancy: Variations on human experience*. New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 463-488). Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. & Bell, S. (1969). Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In A. Ambrose (Ed.), *Culture and infancy: Variations on the human experience*. NY: Academic Press.\*
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., Blehar, M. C., & Main, M. (1971, April). *Physical contact: A study of infant responsiveness and its relation to maternal handling*. Comunicação apresentada no Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.\*
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M & Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. Foss (ed.), *Determinants of infant behavior, vol. 4*, (pp. 129-173). London: Methuen.

- Allen, J. P., Hauser, S. T. y Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 254-263.
- Allen, S. T. (2001). Attachment status, affect regulation, and behavioural control in young adults. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 61* (UMI Nº 727754581).
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed., revised). Washington DC: APA.
- Armsden, G. & Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 5, 427-454.
- Atkinson, L. (1997). Attachment and psychopathology: From laboratory to clinic. In L. Atkinson & K. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 3-16). New York: The Guilford Press.
- Attie, I., Brooks-Gunn, J. & Petersen, A. (1990). A developmental perspective on eating disorders and eating problems. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Baptista, A. (1993). *A gênese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de doutoramento não publicada. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development, 5*, 64-77.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 2, 226-244.
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. ((2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 63-70.
- Beauchaine, T. P. (2001). Vagal tone, development, and Gray's motivational theory: toward an integrated model of autonomic nervous system

- functioning in psychopathology. *Development and Psychopathology* 13, 183–214.
- Bell, S. M., Ainsworth, M. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171-1190.\*
- Bender, D., Farber, B. y Geller, J. (2001). Cluster B personality traits and attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 29, 551-563.
- Berntson, G. G., Cacioppo, J. T., & Fieldstone, A. (1996). Illusions, arithmetic, and the bidirectional modulation of vagal control of the heart. *Biological Psychology*, 44, 1-17.
- Blehar, M., Lieberman, A. & Ainsworth, M. (1977). Early face-to-face interaction and its relation to later infant-mother attachment. *Child Development*, 48, 182-194.\*
- Borman, E. & Cole, H. (1993). *A comparison of three measures of adult attachment*. Poster apresentado no encontro da Society for Research in Child Development, New Orleans, LA.\*
- Bornstein, M. H. & Suess, P. E. (2000). Physiological self-regulation and information processing in infancy: Cardiac vagal tone and habituation. *Child Development*, 71, 273-287.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 1-23.
- Bowlby, J. (1960<sup>a</sup>). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 89-113.
- Bowlby, J. (1960<sup>b</sup>). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment* (1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> edição respectivamente). London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. London: Basic Books.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowman, M. J. (2000). Emotional eating and parental attachment as predictors of eating disorder symptoms in a non-clinical college population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 60*. (UMI N° 729795301).
- Braun, D. L.; Sunday, S. R. & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric Comorbidity in Patients with Eating Disorders. *Psychological Medicine, 24*, 859-867.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 5° (Serial N.º 209).
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*, 759-775.
- Bretherton, I. & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.89-111). New York: Guilford Press.
- Broberg, A. G., Hjalms, I., & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review, 9, 6*, 381-386.
- Brosschot, J. F., & Thayer, J. F. (1998). Anger inhibition, cardiovascular recovery, and vagal function: A model of the link between hostility and cardiovascular disease. *Annals of Behavioral Medicine, 20*, 326–332.
- Bruch, H. (1973). *The golden cage*. New York: Basic Books, Harper Torchbooks.\*
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders – Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, Harper Torchbooks.\*

- Buddeberg, B., Bernet, R., Schmid, J. & Buddeberg, C. (1997). Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *65*, 6, 319-326.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 1-20.
- Cacioppo J. T., Malarkey W. B., Kiecolt-Glaser J. K., et al. (1995) Heterogeneity in neuroendocrine and immune responses to brief psychological stressors as a function of autonomic cardiac activation. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 154-164.
- Cacioppo, J. T., Uchino, B. N., Bernston, G. G. (1994). Individual differences in the autonomic origins of heart rate reactivity: the psychometrics of respiratory sinus arrhythmia and preejection period. *Psychophysiology*, *31*, 412-419.
- Campion, A. M. (2001). Structural equation modeling of eating disturbance in college women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, *61*. (UMI Nº 727785451).
- Carlson, E. & Sroufe, A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Development and Psychopathology, Vol. 1, Theory and Method* (pp. 581-617) New York: Wiley.
- Carlson, E. & Sroufe, A. (2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (pp. 27-48) New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D. & Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of anorexia nervosa: A Portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, *4*, 157-170.
- Candelori, C. & Ciocca, A. (1998). Attachment and eating disorders. In *Psychotherapeutic Issues in eating disorders: Models, methods, and results* (pp. 139-153). Rome: Società Editrice Universo.
- Candelori, C. & Tambelli, R. (1992). L'età di latenza: una proposta di indagine sulle relazioni di attaccamento. *Adolescenza*, *3*, 288-298.\*

- Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*, 282-290.
- Collins, N. & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 4, 644-663.
- Cooper, P. J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 159-164). New York: The Guilford Press.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 367–406). London: The Analytic Press.\*
- Crittenden, P. M. (1997). Toward an integrative theory of trauma: A dynamic-maturational approach. In D. Cicchetti, & S. Toth (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 10. Risk, Trauma and Mental Processes* (pp. 34–84). Rochester, NY: University of Rochester Press.\*
- Crittenden, P. M. (2002). Attachment theory, information processing, and psychiatric disorder. *World Journal of Psychiatry, 1*, 72–75.
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 434-465). New York: Guildford Press.
- Crowell, J., Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications of theory and research. *Social Development, 4*, 294-327.
- Cunha, A. I. (2003). *Funcionamento familiar e vinculação em anoréticas*. Tesde de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Cunha, A. I. ., Relvas, A .& Soares, I. (2003) *Dinâmica familiar e vinculação na anorexia nervosa*. Comunicação apresentada no V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Lisboa.
- Cunha, A. I., Relvas, A . P. & Soares, I. (2004). *Família, vinculação e anorexia nervosa: um estudo sobre as percepções de jovens com anorexia nervosa*. Comunicação apresentada no congresso Espassos da Psicologia: Investigação e Intervenção, Universidade do Minho, Braga.



- DeGangi, G. A., DiPietro, J. A., Greenspan, S. I., & Porges, S. W. (1991). Psychophysiological characteristics of the regulatory disordered infant. *Infant Behavior and Development, 14*, 37-50
- Deluca, K. L. (2000). Attachment and sexuality: Comparisons in college women with eating disorder symptoms and those women without eating disorder symptoms. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 60*. (UMI Nº 730823861).
- Derogatis, L. R. (1977) SCL-90: *Administration, scoring and procedures manual - I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new *self-report* scale. *British Journal of Psychiatry, 128*, 280-289.\*
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 981-989.\*
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977a). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 16*, 347-356.\*
- Diamond, L. M. & Hicks, A. M. (2004). Psychobiological perspectives on attachment: Implications for health over the lifespan. In S. W. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 240-263). New York : Guilford Press.
- Dolan, B. M., Lieberman, S., Evans, C., Lacey, L. H. (1990). Family features associated with normal body weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 639-647.
- Donovan, W. & Leavitt, L. (1985). Physiological assessment of mother-infant attachment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*, 65-70.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2*, 47-60.

- Dozier, M., Cue, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: The role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 793-800.
- Dozier, M. & Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development, 63*, 6, 1473-1480.
- Dozier, M., Stovall, K. & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.497-520). New York: Guilford Press.
- Dozier, M. & Tyrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In J. Simpson & W. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221-248). New York: The Guilford Press.
- Duggal, S., Carlson, E., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology, 13*, 143-164.
- Egeland, B. & Carlson, E. (2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychotherapy and intervention* (pp. 27-48). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Egeland, B., Kalkoske, M., Gottesman, N. & Erickson, M. F. (1990). Preschool behavior problems: Stability and factors accounting for change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 891-909.
- Egeland, B., Pianta, R., & Ogawa, J. (1996). Early behavior problems: Pathways to mental disorders in adolescence. *Development and Psychopathology, 8*, 735-749.
- Eggert, J. Levendosky, A. & Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 2, 149-155.
- Eng, W., Heimberg, R., Hart, T., Schneier, F. y Liebowitz, M. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion, 1*, 365-380.
- Epstein, S. (1983). *The mother-father-peer scale*. Manuscrito não publicado, University of Massachusetts, Amherst.

- Erickson, M., Sroufe, A. & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Evans, L. & Wertheim, E. (2005). Attachment Styles in Adult Intimate Relationships: Comparing Women with Bulimia Nervosa Symptoms, Women with Depression and Women with No Clinical Symptoms. *European Eating Disorders Review*, 13, 4, 285-293.
- Fabes, R. A. & Eisenberg, N. (1997). Regulatory control and adults' stress and coping responses to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1107-1117.
- Fairburn, C. G. (2003). Eating disorders. In D. Warrell, T. Cox & J. Firth (Eds.), *Oxford Textbook of Medicine (4th Edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H.A., & Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet* ; 361: 407-416.
- Fairburn C. G. & Walsh, B. T. (1995). Atypical eating disorders. In: K. D. Brownell & C. G. Fairburn (eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 183-187). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Feeney, J. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 355-377). New York: The Guilford Press.
- Feeney, J., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En W. Berman y M. Sperling (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. Nueva York: Guilford Press.

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, G. Mattoon, M., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 22-31.
- Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology, 17*, 2, 87-104.
- Fox, N. A. (1989). Psychophysiological correlates of emotional reactivity during the first year of life. *Developmental Psychology, 25*, 364-372.
- Fraley, R., Waller, N. & Brennan, K. (2000). An Item Response Theory Analysis of *Self-Report Measures of Adult Attachment*. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 2, 350-365.
- Friedberg, N. L. & Lyddon, W. J. (1996). *Self-other working models and eating disorders*. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 10*, 193-203.
- Francis, D., Caldji, C., Champagne, F., Plotsky, P. M., Meaney, M.J. (1999). The role of corticotropin-releasing factor--norepinephrine systems in mediating the effects of early experience on the development of behavioral and endocrine responses to stress. *Biological Psychiatry, 46*, 1153-1166.
- Friedman, B.H., & Thayer, J.F. (1998). Autonomic balance revisited: Heart rate variability and panic anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 133-151.
- Fukunishi, I., Hiroyoshi, S., Morita, Y. & Rahe, R. (1999). Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *Journal of Psychosomatic Research, 46*, 6, 579-589.
- Gardner, S. P. (1996). Attachment style in adult male substance abusers: Psychiatric symptomatology, treatment compliance, and life adjustment. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities y Social Sciences, 56*.
- Garfinkel, P. E. (1995). Classification and diagnosis of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 125-134). New York: The Guilford Press.

- Garfinkel, P. E. (2002). Classification and Diagnosis of Eating Disorders. In Fairburn and Brownell (Eds), *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook*. (Pp. 155-161) London: Guilford.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M. & Goldbloom, D. S. (1987). Eating disorders: Implications for the 1990's. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 624-631.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gelven, E. S. (2003). Maladaptive eating patterns in college students: Associations with peer attachment style, coping and pressure to diet. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63. (UMI Nº 765178151).
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1984, 1985, 1996). *Attachment interview for adults*. Manuscrito não publicado, University of California at Berkeley.
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioural system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 649-670). New York: The Guilford Press.
- George, C., West, M. & Pettem, O. (1999). The adult attachment projective: Mental representations of disorganized attachment in adults. In J. Solomon & C. George (Eds), *Attachment disorganization* (pp. 318-346). New York: The Guilford Press.
- George, D.T., Nutt, D.J., Walker, W.V., Porges, S., Adinoff, B., Linnoila, M. (1989). Lactate and hyperventilation substantially attenuate vagal tone in normal volunteers. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 153-156.\*
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 97-116.
- Gleaves, D. H., Lowe, M. R., Snow, A. C., Green, B. A., and Murphy-Eberenz, K. P. (2000). The Continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: A Taxometric investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 56-68.
- Goldberg, J. L. (2002). Orthodox Jewish women: The role of sociocultural and familial factors in eating disorder symptomatology. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63. (UMI Nº 727408341).

- Gonçalves, O. F. (1989). The Construtive-Developmental Trend In Cognitive Therapies. In O. F. Gonçalves (Ed.). *Advances in the cognitive therapies: The construtive-developmental approach*. Porto: APPORT.
- Gonçalves, S. (1998). *Perturbações do Comportamento Alimentar: Estudo da Prevalência junto de uma População Universitária Feminina*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho.
- Gonçalves, S. (2004). *Factores de risco no desenvolvimento da bulimia nervosa*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho.
- Goreczny, A. J., Nussbaum, P. D. & Haddad, L. (1998). Measuring depressive symptomatology of patients referred to a behavioral medicine clinic: Concordance of *self-report* measures. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 3, 255-259.
- Gray, J. A. (1975). *Elements of a two-process theory of learning*. New York: Academic Press.\*
- Greenberg, M. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 469-496). New York: The Guilford Press.
- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). Models of the *self* and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Grossmann, K., E., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J. & Grossmann, K. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In R. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: mutual influences* (pp. 241-260). Oxford: Clarendon Press.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Kindler, H. (2005): Early care and the roots of attachment and partnership representation in the Bielefeld and Regensburg Longitudinal studies. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp.98-136). New York: The Guilford Press.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: The Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.

- Guidano, V. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: The Guilford Press.
- Gullone, E., Ollendick, T. & King, N. (2006). The role of attachment representation in the relationship between depressive symptomatology and social withdrawal in middle childhood. *Journal of child and family studies*, 15, 3, 263-277.
- Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Larson M. & Hertzgaard, L. (1989). Attachment, temperament, and adrenocortical activity in infancy. A study of psychoendocrine regulation. *Developmental Psychology*, 25, 355-363.
- Gunnar M., Brodersen, L., Krueger, K. & Rigatuso, J. (1996). Dampening of adrenocortical responses during infancy: Normative changes and individual differences. *Child Development*. 67, 877–889.
- Gutzwiller, J., Oliver, J. M. & Katz, B. M. (2003). Eating Dysfunctions in College Women: The Roles of Depression and Attachment to Fathers. *Journal of American College Health*, 52, 1, 27-32.
- Halmi, K. A.; Eckert, E.; Marchi, P.; Sampugnaro, V.; Apple, R.; Cohen, J. (1991). Comorbidity of Psychiatric Diagnoses in Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Hamilton, C. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescences. *Child Development*, 71, 3, 543-562.
- Hertzgaard, L., Gunnar, M., Erikson, M. F. & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical responses to the Strange Situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 66, 1100 – 1106.
- Hesse, E. (1996) Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*. 17, 4 – 11.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.395-433). New York: The Guilford Press.
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 1, 61-74.

- Hochdorf, Z., Latzer, Y., Canetti, L. & Bachar, E. (2005). Attachment Styles and Attraction to Death: Diversities Among Eating Disorder Patients. *American Journal of Family Therapy*, 33, 3, 237-252.
- Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 4, 681-700.
- Hugdahl, K. (1995). *Psychophysiology: The mind-body perspective*. Cambridge: Harvard University Press.
- Izard, C., Porges, S., Simons, R., Haynes, O., Hyde, C., Parisi, M. & Cohen, B. (1991). Infant cardiac activity: Developmental changes and relations with attachment. *Child Development*, 27, 3, 432 – 439.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johnson-Sabine, E., Woods, K., Patton, G., Mann, A. & Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls — a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18, 615-22.
- Jongenelen, I. (2004). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: da matriz relacional à matriz contextual*. Dissertação de doutoramento não publicada. Braga, Universidade do Minho.
- Kenny, M. E. & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 521-526.
- Kiang, L. & Harter, S. (2006). Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Child Development*, 77, 5, 1338-1350.
- Kirschbaum, C., Prussner, J. C., Stone, A. A., et al. (1995). Persistent high cortisol responses to repeated psychological stress in a subpopulation of healthy men. *Psychosomatic Medicine*, 57, 468–474.
- Kobak, R. (1993). *The attachment Q-Sort*. Manuscrito não publicado, University of Delaware.
- Kobak, R. (1998, Julho). *Specifying the Construct of Internal Working Models*. Comunicação apresentada na Universidade de Regensburg, Regensburg, Alemanha.\*



- Kobak, R., Ruckdeschel, K. & Hazan, C. (1991). From symptom to signal: An attachment view of emotion in marital therapy. In S. M. Johnson & L. S. Greenberg (Eds.), *The Heart of the Matter: Perspectives on Emotion in Marital Therapy* (pp. 46-74). New York: Brunner-Mazel.
- Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of *self* and others. *Child Development*, *59*, 135-146.
- Kobak, R. & Shaver, P. (1987, Junho). Continuities in attachment organization: *The Role of anxiety regulation strategies*. Comunicação apresentada na Conference on Attachment and Loss in honor of John Bowlby's 80th birthday. Bayswater, Inglaterra.\*
- Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J. & Egeland, B. (1997). Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science*, *1*, 10-22.
- Korman, L. M. (1991). *Emotion Episodes*. York University, North York, Ontario.
- Lein, J. B. (2000). The relations among attachment style, perceived parental weight expectations and weight concerns in preadolescent girls. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, *60*. (UMI Nº 730214611).
- Lehoux, P. M. (2001). The role of perceived nonshared environment and personality traits in the etiology of bulimia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, *61*. (UMI Nº 728426441).
- Leung, N., Thomas, G. & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*, 2, 205-213.
- Luecken, L. J. (1998). Childhood attachment and loss experiences affect adult cardiovascular and cortisol function. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 765-772.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 520-553). New York: The Guilford Press.

- Machado, B. C. (2003). *Anorexia nervosa: Validação divergente de uma narrativa protótipo*. Dissertação de mestrado não publicada. Braga, Universidade do Minho.
- Machado, G. (1996). *Representação da vinculação e percepção da qualidade da relação adolescente-pais*. Dissertação de Mestrado não publicada. Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Machado, P., Gonçalves, S., Martins, C. & Soares, I. (2001). The Portuguese version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 8, 43 – 52.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Machado, B. C., Santos, L. & Santos, R. (2001). Tratamento Cognitivo-Comportamental em grupo da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 2, 307-316.
- Machado, P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek, H. (no prelo) The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*.
- Main, M. (1981). Avoidance in the service of proximity: A working paper. In K. Immelmann, G. Barlow, L. Petrinovitch & M. Main (Eds.) *Behavioral development: The Biefeld interdisciplinary project* (pp.651 – 693). New York: Cambridge University Press.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.). *Attachment theory: social development, and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1984; 1998). *Adult attachment classification system*. University of California at Berkeley. Manuscrito não publicado University of California at Berkeley.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightening and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D.

- Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: Chicago University Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (1-2, Serial No. 209), 66-104.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In T. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex. \*
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Malliani, A., Pagani, M., Lombardi, R. & Cerutti, S. (1991). Cardiovascular neural regulation explored in the frequency domain. *Circulation, 84*, 1482-1492.
- McCraty, R., Atkinson, M., Tiller, W., Rein, G. & Watkins, A. D. (1995). The effects of emotions on short-term power spectrum analysis of heart rate variability. *The American Journal of Cardiology, 76*, 14, 1089-1093.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience, 24*, 1161-1192.
- Melcher, J. L. W. (2004). The mother-daughter relationship: Attachment and disordered eating in female adolescents and their mothers. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 64. (UMI N° 765137071).
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Proietti, J., Heape, C. & Egan, M. (2001). Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *Journal of Personality Disorders, 15*, 371-389.
- Meyer, C. & Gillings, K. (2004). Parental Bonding and Bulimic Psychopathology: The Mediating Role of Mistrust/Abuse Beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 2, 229-233.

- Micali, N. (2005) Childhood risk factors: Longitudinal continuities and Eating disorders. *Journal of Mental health, 14*, 6, 1-8.
- Millon, T. (1994). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.\*
- Minuchin, S., Rosman, S. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mizes, J.S., & Sloan, D.M. (1998). An empirical analysis of eating disorder, not otherwise specified: Preliminary support for a distinct subgroup. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 233–242.
- Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. H. & Buss, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security. *Child Development, 67*, 508-522.
- Noe, S. L. (2001). Attachment relationships and eating disorders: Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders? *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 62*. (UMI Nº 728906971).
- O’Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 115-127.
- Okine, K. N. (2000). The relationship aspects of eating-disorder symptomatology. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 61*. (UMI Nº 732135591).
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal, 19*, 6, 421-435.
- Pakier, T. (2003). The relationship between parental bonding and disordered eating patterns in a non-clinical adolescent population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 64*. (UMI Nº 765641641).
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10.
- Patrick, M., Hobson, R.P., Castle, D., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology, 6*, 375–388.

- Pawluck, D. E. & Gorey, K. M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Intregative review of population-based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 4, 347-352.
- Pinho, A. F. (2000). *Perturbações do comportamento alimentar e vinculação: Contributos para a caracterização clínica*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho.
- Pinho, A., Neves, L., Jongenelen, Martins, C., Henriques, M., Figueiredo, B., Matos, R., Gonçalves, S., Silva, A. & Soares, I. (1998). *Manual Português de Avaliação do Attachment Interview Q- Sort de R. Kobak*. Unpublished manuscript. University of Minho, Portugal.
- Pinto-Gouveia; J. (2000). Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Plotsky, P. M. & Meaney, M. J. (1993) Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminenceCRF content and stress-induced release in adult rats. *Molecular Brain Research*, 18,195–200.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Reviews Psychology*, 53, 187-213.
- Porges, S. W. (1992). Vagal tone: A physiological marker of stress vulnerability. *Pediatrics*, 90, 3, 498-504.
- Porges SW, Doussard-Roosevelt J, Maiti A. (1994). Vagal tone and the physiological regulation of emotion. In N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 167–186.
- Rangel-Henriques, M. (2000). *Narrativas e agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ringer, F. & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review* 15, 119–130.

- Roisman, G. I. (2007). The psychophysiology of adult attachment relationships: Autonomic reactivity in marital and premarital interactions. *Developmental Psychology, 43*, 1, 39-53.
- Roisman, G. I., Fraley, R. C. & Belsky, J. (no prelo). A taxometric study of the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*.
- Roisman, G. I., Tsai, J. L. & Chiang, K-H. S. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial expressive, and *self*-reported emotional response during the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology, 40*, 776 – 789.
- Root, M. P., Fallon, P. & Friedrich, W. N. (1986). *Bulimia: A systems approach to treatment*. New York: W. W. Norton.
- Rosenstein, D. & Horowitz, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 244 – 253.
- Saul, J. P. (1990). Beat-to-beat variations of heart rate reflect modulation of cardiac autonomic outflow. *News of Physiological Science, 5*, 32–37.
- Scarpa, A. & Raine, A. (1997). Psychophysiology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America, 20*, 2, 375–394.
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1988). Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und Klinischsignifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 48*, 7, 257-264.\*
- Schmidt, U., Humfress, H. & Treasure, J. (1997). Childhood experiences of care and abuse in eating disorders: Clinical and research implications. *European Review of Eating Disorders, 5*, 184–207.
- Schmitz-Sciborski, A. E. (2001). The body satisfaction of women with relationship to perceived attachment status, sociocultural influences, and feminine gender role stress. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 61*. (UMI N° 727858831).
- Schneider-Rosen, K. (1990). The developmental reorganization of attachment relationships: Guidelines for classification beyond infancy. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Schwartz, R. C., Barrett, M. J., & Saba, G. (1985). Family therapy for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press.\*
- Palazzoli, M. S. (1974). *Self starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Human Context Books.
- Palazzoli, M. S. & Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process, 27*, 129–148.
- Shore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Mahwah, N. J.: Erlbaum.
- Sibcy, G. (2001). Adult attachment styles and psychopathology in a clinical sample. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences y Engineering, 61*.
- Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 5, 971-980.
- Sive-Ramirez, V. D. (2001). Body dissatisfaction, dieting behavior, and parental attachment among college women. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences, 61*. (UMI Nº 728368971).
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: implications for the theory and practice on individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 575-594). New York: The Guilford Press.
- Snidman, N. (1989): Behavioral inhibition and sympathetic influence on the cardiovascular system. In Reznick, J. S. (ed), *Perspectives on Behavioral Inhibition*. Chicago: University of Chicago Press.\*
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho (2ª edição em 2000).
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*, pp. 381 – 434. Coimbra: Quarteto.

- Soares, I. (2002). *A vinculação vinculada*. Lição de síntese de provas de agregação não publicada. Braga, Universidade do Minho.
- Soares, I., Cunha, J.P., Zhan Jian Li, Pinho A & Neves., L. (1998). *Assessment of attachment strategies and physiological measures based on a multi-information system*. Poster presented at the 29th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Snowbird, Utah, USA.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Soares, I., Dias, P., Fernandes, C., Klein, J., Alves, A., Ferreira, A. I., Felgueiras, I., Pinho, A., Neves, L., Figueiredo, B., Jongenelen, I., Matos, R., Gonçalves, S., Machado, P. & Cunha, J. P. (2002). Actividade fisiológica durante a AAI em doentes com perturbações alimentares: estudo preliminar com análise de casos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*.
- Soares, I., Dias, P., Machado, P. & Klein, J. (no prelo). Attachment and eating disorders: Recent contributions from research. In B. Strauss (Ed), *Attachment and Psychopathology: Conclusions of attachment research for clinical practice*. Munchen: Klett-Cotta.
- Soares, I., Pinho, A., Martins, C. & Machado, P. (2000). *Attachment and eating disorders*. 7th Biennial Conference of the European Association for Research on Adolescence, Jena, Alemanha.
- Soares, I., Rangel-Henriques, M., Neves, L. & Pinho, A. (1999). *Protocolo de Avaliação de Marcadores Desenvolvimentais para a Psicopatologia – PAMADeP*. Braga, Universidade do Minho.
- Soares, I., Rangel-Henriques, M., Neves, L., Pinho, A. & Dias, P. (submetido para publicação). *Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia–PAMaDeP: Estudo psicométrico com estudantes universitários*.
- Soares, I., Santos, P., Martins, C., Jongenelen, I., Silva, A., Figueiredo, B., Mascarenhas, C., Almeida, C., Machado, G., Neves, L., Henriques, M., Serra, M., Silva, C. & Costa, O. (1995). Organização comportamental da vinculação na Situação Estranha: Avaliação da estabilidade através do método de teste-reteste. In L. Almeida & I. Ribeiro (Org.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: APPORT.



- Soares, I., Santos, P., Jongenelen, I., Henriques, M., Silva, A., Figueiredo, B., Mascarenhas, Machado, G., Neves, L., Serra, M., Silva, C., Cunha, J. P. & Costa, O. (1996). Avaliação da vinculação e da regulação autonómica da frequência cardíaca na Situação Estranha. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, IV Vol. Braga: APPORT.
- Soares, I., Silva, M. C., Costa, O. & Cunha, J. P. (1999). Avaliação da vinculação e da frequência cardíaca em bebés de 12 meses na Situação Estranha. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 1, 101 – 114.
- Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 5, 1439 – 1450.
- Sperling, M. & Lyons, L. (1994). Representation of attachment and psychotherapeutic change. In M. Sperling & W. Berman (Eds.), *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (pp. 331-348). New York: The Guilford Press.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T. et al. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L. A., Carlson, E., Levy, A. & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1, 1-14.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Publications.
- Sroufe, L. A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Stalker, C. y Davies, F. (1995). Attachment organization and adaptation in sexually-abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 234-240.
- Stayton, D. Hogan, R. & Ainsworth, M. (1971). Infant obedience and, maternal behaviour: The origins of socialization reconsidered. *Child Development*, 42, 1057-1069.\*

- Steinhausen, H. C. (1994). Anorexia and bulimia nervosa. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds), *Adolescent psychiatry: Modern approaches* (pp.425-440). Oxford: Blackwell Science.
- Steins, G., Albrecht, M., & Stolzenburg, H. (2002). Bindung und Essstörungen: Die Bedeutung interner Arbeitsmodelle von Bindung fuer ein Verstaendnis von Anorexie und Bulimie. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 31, 271-291.\*
- Strauss, B. (2000). Attachment theory and psychotherapy research - Editor's introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 10, 381-389.
- Strodl, E. y Noller, P. (2003). The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships*, 10, 171-185.
- Suess, P. E., Porges, S. W. & Plude, D. J. (1994). Cardiac vagal tone and sustained attention in school-age children. *Psychophysiology*, 31, 17-22.
- Suldo, S. M. & Sandberg, D. A. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15, 59-73.
- Suomi, S. J. (1991). Upright and laid-back monkeys: Individual differences in the response to social challenges. In S. E. Brauth, W. S. Hall, & R. J. Dooling (Eds.), *Plasticity of development* (pp. 27-56). Cambridge, MA: MIT Press.\*
- Swift, W. J. & Stern, S. (1982). The Psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 17-35.
- Tasca, G.A., Kowal, J., Balfour, L., Ritchie, K., Virley, B. & Bissada, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors*, 7, 252-257.
- Tasca, G., Taylor, D. , Bissada, H., Ritchie, K. & Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment Special Issue: Personality Assessment and Psychotherapy*, 83, 3, 201-212.
- Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. (1996). Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. *Circulation*, 93, 1043-1065.

- Tereno, S. (2003). *Vinculação, organização familiar e relação terapêutica na anorexia e bulimia nervosas*. Dissertação de mestrado não publicada. Braga, Universidade do Minho.
- Tereno, S., Soares, I., Bouça, D. Neves, A., Celani, M. & Sampaio, D. (2004). Vinculação, dinâmica familiar e aliança terapêutica nas perturbações do *Comportamento Alimentar*, 1,1, 9-22.
- Turner, H., Rose, K. & Cooper, M. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 2, 113-118.
- Tracy, R. L., Lamb, M. E., & Ainsworth, M. D. S. (1976). Infant approach behavior as related to attachment. *Child Development*, 47, 511- 578.\*
- Tracy, R. L. & Ainsworth, M. D. S. (1981), Maternal affectionate behavior and infant-mother attachment patterns. *Child Development*, 52, 1341-1343.
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F. & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 311-316.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C. & Siracusano, A. (2006) Body Dissatisfaction in Women With Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 449-453.
- Troisi, A. & Massaroni, P. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 1, 89-97.
- Tyrell, C., Dozier, M., Teague, G. & Falot, R. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725-733.
- Van Emmichoven, I., Van Ijzendoorn, M., De Ruiter, C. & Brosschot, J. F. (2003). Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development y Psychopathology*, 15, 219-237.
- Van Ijzendoorn, M. & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A

- meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 8-21.
- Vilarinho, S. (2003). *Vinculação e emoções nas perturbações alimentares*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Vilarinho, S., Machado, P., Soares, I., Torres, A. & Brandão, I. (2003) *Vinculação e episódios emocionais nas perturbações do comportamento alimentar*. Comunicação apresentada no V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Lisboa, Portugal.
- Ward, A., Ramsay, R. & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 35-51.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*, 3, 684-689.
- Waters, E., Weinfield, N. & Hamilton, C. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development, 71*, 3, 703-706.
- West, M. & Keller, A. (1994). Psychotherapy strategies for insecure attachment in personality disorders. In M. Sperling & W. Berman (eds.), *Attachment in adults. Clinical, developmental perspectives* (pp. 313-330). New York: The Guilford Press.
- Whiffen, V., Kallos-Lilly, A. & MacDonald, B. (2001). Depression and attachment in couples. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 577-590.
- Woessner, R. & Caplan, B. (1995). Affective disorders following mild to moderate brain injury: Interpretive hazards of the SCL-90-R. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 10*, 2, 78-89.
- Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28*, 6, 813-828.

\* Referência não consultada directamente.

# ANEXOS



### Frequência cardíaca durante as respostas às questões críticas da vinculação nos grupos clínicos

	Grupos	N	Média	D. P.	T	P
b1hr	Restritivo	22	-0,5951	1,12225		
	Purgativo	21	-0,1872	1,14744		
					-1,178	0,245
b2hr	Restritivo	21	0,6101	0,81654		
	Purgativo	15	0,2119	1,10399		
					1,246	0,221
r3menosb1_hr	Restritivo	22	1,1567	1,30219		
	Purgativo	21	0,7783	1,46749		
					0,895	0,376
r4menosb1_hr	Restritivo	22	0,8999	1,48524		
	Purgativo	21	0,4316	1,37131		
					1,073	0,290
r6menosb1_hr	Restritivo	22	0,8781	1,29236		
	Purgativo	21	0,3626	1,25736		
					1,325	0,193
r7menosb1_hr	Restritivo	22	0,7046	1,59726		
	Purgativo	21	0,5743	1,40426		
					0,284	0,778
r8menosb1_hr	Restritivo	22	0,6390	1,10127		
	Purgativo	19	0,1770	1,30998		
					1,227	0,227
r9menosb1_hr	Restritivo	21	0,5726	1,07746		
	Purgativo	19	-0,0401	1,37934		
					1,574	0,124
r13menosb1_hr	Restritivo	22	0,4151	1,32919		
	Purgativo	19	-0,0354	1,67244		
					0,960	0,343
r14menosb1_hr	Restritivo	20	-0,0342	2,07648		
	Purgativo	19	0,2593	1,61488		
					-0,491	0,626
r21menosb1_hr	Restritivo	21	0,8255	1,39073		
	Purgativo	16	0,0693	1,45971		
					1,604	0,118

### Condutância da pele durante as respostas às questões críticas da vinculação nos grupos clínicos

	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
b1scl	Restritivo	22	-2,1276	1,09428		
	Purgativo	17	-1,7823	1,68342		
					-0,775	0,444
b2scl	Restritivo	21	-1,6933	0,89440		
	Purgativo	14	-1,1012	1,06371		
					-1,779	0,084
r3menosb1_SCL	Restritivo	22	1,7031	1,54902		
	Purgativo	17	1,4496	1,42000		
					0,525	0,603
r4menosb1_SCL	Restritivo	22	1,9203	1,14259		
	Purgativo	17	1,7477	1,86021		
					0,337	0,739
r6menosb1_SCL	Restritivo	22	1,9234	1,18114		
	Purgativo	17	1,4536	1,97364		
					0,924	0,361
r7menosb1_SCL	Restritivo	22	2,0065	1,34836		
	Purgativo	17	1,3144	1,95557		
					1,308	0,199
r8menosb1_SCL	Restritivo	22	1,9326	1,29655		
	Purgativo	15	1,1692	2,11365		
					1,248	0,226
r9menosb1_SCL	Restritivo	21	1,8892	1,31346		
	Purgativo	15	1,2450	2,39954		
					0,944	0,357
r13menosb1_SCL	Restritivo	22	2,3874	1,21677		
	Purgativo	15	2,4525	1,31159		
					-0,155	0,878
r14menosb1_SCL	Restritivo	20	2,5302	1,21683		
	Purgativo	15	3,0788	1,17551		
					-1,339	0,190
r21menosb1_SCL	Restritivo	21	3,2145	1,11778		
	Purgativo	13	2,8517	1,11281		
					0,921	0,364



### Rácio LF/HF durante as respostas às questões críticas da vinculação nos grupos clínicos

	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
b1lf_hf	Restritivo	22	4,0915	1,75208		
	Purgativo	21	4,3052	2,23404		
					-0,350	0,728
b2lf_hf	Restritivo	21	6,0283	4,67197		
	Purgativo	15	5,5905	3,54660		
					0,305	0,762
r3lf_hf	Restritivo	24	9,0934	7,45186		
	Purgativo	23	6,9875	5,74560		
					1,082	0,285
r4lf_hf	Restritivo	24	6,1716	3,43986		
	Purgativo	23	7,3278	5,01070		
					-0,918	0,364
r6lf_hf	Restritivo	24	7,1677	5,49572		
	Purgativo	23	4,8854	3,10867		
					1,762	0,086
r7lf_hf	Restritivo	24	3,7569	1,02842		
	Purgativo	23	4,3189	2,54468		
					-0,985	0,333
r8lf_hf	Restritivo	24	3,7524	0,79025		
	Purgativo	21	4,2084	2,33406		
					-0,853	0,402
r9lf_hf	Restritivo	23	4,3815	1,78129		
	Purgativo	21	4,6354	2,90775		
					-0,353	0,726
r13lf_hf	Restritivo	24	5,9782	3,85890		
	Purgativo	21	6,8499	4,13994		
					-0,731	0,469
r14lf_hf	Restritivo	22	4,9118	1,96414		
	Purgativo	20	4,5768	2,71889		
					0,461	0,647
r21lf_hf	Restritivo	22	3,8860	1,10761		
	Purgativo	18	3,9475	1,93966		
					-0,119	0,906