

Anorexia Nervosa e estilos parentais: uma análise sob enfoque analítico-comportamental

Anorexia Nervosa and Parenting Styles: An Analytical Behavioral approach

Felipe Alckmin-Carvalho felipealckminc@gmail.com

Maria Rita Zoèga Soares ritazoega@hotmail.com

Deivid Regis dos Santos deivid@hotmail.com

Natália Sant'Anna natsants@hotmail.com

Márcia Helena da Silva Melo mmelo@usp.br

Resumo

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar grave, crônico e associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. Psicoterapia é fundamental para a abordagem desse transtorno mental. No presente artigo teve-se por objetivo apresentar a compreensão analítico-comportamental da AN. Trata-se de um estudo teórico. Foram explorados os determinantes dessa condição nos níveis filogenéticos, ontogenéticos e culturais. Dentro da categoria ontogenética, evidenciou-se o papel da família no desenvolvimento e manutenção de comportamentos relacionados a AN, com ênfase nos estilos parentais. Verificou-se que os estilos parentais permissivos e autoritários são fatores de risco para a AN. Foram discutidos como esses estilos parentais, marcados altos índices de controle e superproteção, respectivamente, favorecem o surgimento da doença e sua manutenção.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; Adolescência; Estilos Parentais; Análise do Comportamento

Abstract

Anorexia Nervosa (AN) is a severe and chronic eating disorder with high morbidity and mortality rates associated. Psychotherapy is critical to addressing this mental disorder. This article aimed to present the analytical behavioral approach of AN. This is a theoretical study. The determinants of this condition at phylogenetic, ontogenetic and cultural levels were explored. Within the ontogenetic category, the role of the family in the development and maintenance of AN-related behaviors was emphasized, with emphasis on parenting styles. Permissive and authoritarian parenting styles have been found to be risk factors for AN. It was

discussed how these parenting styles, marked by high levels of control and overprotection, respectively, favor the onset of the disease and its maintenance.

Keywords: Anorexia Nervosa; Adolescence; Parenting styles; Behavior Analysis

Introdução

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado por alterações no comportamento alimentar, emagrecimento acentuado do paciente, medo acentuado de ganhar peso ou de se tornar obeso e distorção da imagem corporal (*American Psychiatric Association* - APA, 2013). Trata-se de um problema de saúde mental grave, crônico, de difícil manejo clínico e associado a altas taxas de morbidade e mortalidade (Vall & Wade, 2015).

Há diversas modalidades de tratamento psicológico da AN, e entre elas, a psicoterapia Analítico-Comportamental (Alckmin-Carvalho & Melo, 2018; Alckmin-Carvalho, 2018, Santos & Soares, 2017). Sob a perspectiva analítico-comportamental, o comportamento alimentar, assim como outros comportamentos, é operante, ou seja, é emitido pelo indivíduo, e produz alterações no ambiente, que retroagem sobre ele, alterando a probabilidade de emissão da resposta em situações futuras análogas (Skinner, 1981/2007).

A partir do modelo de seleção pelas consequências, tem-se que respostas emitidas em alta frequência por pacientes com anorexia nervosa (AN) (como as de restringir alimentação, induzir vômito, ingerir grandes quantidades de alimentos, utilizar laxantes ou diuréticos, pesar-se e medir-se) apenas se mantêm no repertório comportamental do indivíduo porque produzem reforçadores (Skinner, 1981/2007). Os reforçadores podem ser de dois tipos: positivos, que aumentam, a partir do acréscimo de um estímulo, a frequência da resposta que os produziram, ou negativos, que aumentam, a partir da diminuição ou eliminação da estimulação aversiva, a frequência da resposta que os produziram (Skinner, 1981/2007).

É consenso, entre os profissionais envolvidos no tratamento de pacientes com transtorno alimentar que a AN tem etiologia multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais, inter-relacionados na seleção e manutenção dos comportamentos associados ao transtorno (Alckmin-Carvalho, Rafihi-Ferreira, Rocha, & Melo, 2020). O psicólogo embasado no Comportamentalismo Radical, tem uma compreensão similar e considera que os comportamentos (inclusive o alimentar e os associados ao diagnóstico de AN) são selecionados e mantidos a partir de três níveis de seleção: a história da espécie (nível filogenético), a história do indivíduo (nível ontogenético) e a história das práticas culturais (nível cultural) (Alckmin-Carvalho et al., 2020). O objetivo no presente estudo foi descrever a perspectiva Analítico-

comportamental da AN, com ênfase no papel das práticas parentais para o desenvolvimento e manutenção das classes de respostas tipicamente associadas a esse transtorno alimentar.

Nível Filogenético

Em decorrência da seleção natural, humanos apresentam aparato biológico inato altamente sensível a alimentos doces, gordurosos e ricos em carboidratos (reforçadores incondicionados), uma vez que estes são transformados em energia com facilidade (Skinner, 1974). Essa sensibilidade favoreceu a produção da energia necessária para a preservação do indivíduo e a perpetuação da espécie (Almeida et al., 2014; Vale & Elias, 2011).

Em casos de AN, em que o comportamento de restringir alimentos é emitido com alta frequência, é comum que haja diminuição considerável no montante de calorias ingeridas diariamente. A restrição calórica crônica produz uma série de alterações fisiológicas que foram estabelecidas ao longo de um processo histórico: (a) maior probabilidade de compulsão alimentar com alimentos ricos em calorias, como uma estratégia de homeostase para evitar o estado de desnutrição; (b) alteração no sistema noradrenérgico; (c) maior probabilidade de pensamentos obsessivos sobre comida e oportunidades de alimentação e (d) alterações nos níveis de hormônio liberador de corticotrofina, Neuropeptídeo Y e Vasopressiva, que contribuem para o quadro de amenorreia e para a perda dos caracteres sexuais secundários, para a redução acentuada do interesse sexual e para alterações de humor e anedonia (Almeida et al., 2014; Meyer, 2008; Vale & Elias, 2011).

Autores destacam que a perda de caracteres sexuais secundários pode ser negativamente reforçada nos casos em que o contato com a sexualidade for aversivo para o paciente em função de determinantes de sua história de vida, tais como repressão sexual, abuso sexual ou problemas com a orientação sexual (Dominé, Berchtold, Akré, Michaud, & Suris, 2009; Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012). Outra possível função da restrição alimentar associada à aparência infantil é a recusa de perder reforçadores disponibilizados com maior frequência durante a infância (Vale & Elias, 2011). Assim, é comum observar, em pacientes adolescentes com AN, o medo/dificuldade de lidar com as demandas da vida adulta, podendo haver, consciente ou inconscientemente, um mando de permanecer “para sempre jovem”, reforçando positiva e negativamente os comportamentos de restrição alimentar (Vale & Elias, 2011).

Por fim, sobre a prática de exercícios frequentemente verificada em quadros de AN, estudos com ratos *Wistar* sugerem que o aumento da atividade física está associado ao jejum (Almeida et al., 2014). No laboratório experimental, verifica-se o aumento da atividade física

entre ratos que ficam privados de alimento, sendo o resultado a rápida perda de peso. Esse processo é denominado de “Modelo biocomportamental da AN induzida por atividade física” (*Activity Anorexia*), e pode ser explicado pela seleção natural, pois, historicamente, em um ambiente com poucas oportunidades de alimentação, na ausência de comida por um período prolongado, seria importante para a conservação do indivíduo que ele continuasse procurando novas fontes de alimento (Almeida et al., 2014).

Estudos de neuroimagem em pacientes com AN apontaram mudanças morfológicas que afetam a substância cinza e branca (Seitz et al., 2014); a revisão sistemática de Phillipou, Rossell e Castle (2014) mostrou que o perfil neural da AN corresponderia a um desequilíbrio predominante entre os sistemas de recompensa (sistema mesocortico-límbico) e de inibição (córtex pré-frontal) do cérebro. Bari e Robbins (2013), em um estudo de revisão, enfatizam que a neurotransmissão noradrenérgica pré-frontal estaria envolvida na inibição de uma resposta já iniciada (como por exemplo, no caso de AN, a inibição de respostas já iniciadas de alimentar-se, ingerir alimentos calóricos, o que se relaciona com características do quadro – restrição alimentar, controle na ingestão de alimentos, etc); enquanto o sistema dopaminérgico parece modular a prontidão motora tanto para a inibição/ativação (como o responder diante de contextos sociais que envolvam a prática de alimentar-se), quanto para a recompensa, respectivamente no nível do estriado dorsal e ventral.

A dopamina tem sido associada à expressão de um sistema de recompensa apetitiva (Schultz, 1997) e possivelmente associado ao funcionamento oposto, assim, o sistema sinaliza a previsão de punição em vez de recompensa (no caso da AN, seria exemplificado como o reforço primário – alimento – é tido como punição, pelo medo de engordar, críticas sociais, ao padrão de magreza exacerbado, dentre outros) (Méquinion, Chauveau, & Viltart, 2015). A neuromodulação da serotonina pode contribuir para a parte mais afetiva do comportamento de inibição e/ou do desejo (como a não ingestão ou controle excessivo da alimentação relacionar-se com eventos privados – sentimentos e emoções – em relação ao comportamento de se alimentar na AN); a serotonina tem papel crítico na adaptação dos animais a eventos aversivos (no caso da AN a ingestão de calorias por exemplo), na inibição do apetite, nos comportamentos ansiosos e obsessivos, bem como na depressão (Atiye, Miettunen, & Raevuori-Helkamaa, 2014).

Nível Ontogenético

A relação entre o sujeito e a comida se estabelece desde os primeiros dias de vida, por meio do processo de amamentação (Meyer, 2008). Frequentemente, quando a criança é

alimentada, esses momentos são acompanhados de outros reforçadores, como atenção social e afeto (Meyer, 2008). Assim, é comum que ocorra um pareamento entre os estímulos alimento e afeto e, desta forma, a comida, além de ser reforçador incondicionado associado ao nível filogenético, passa a eliciar respondentes de bem-estar semelhantes aos eliciados por reforçadores sociais, podendo ser um estímulo substituto da atenção e do afeto (Vale & Elias, 2011). Por meio do processo de substituição de reforçadores, em situações de privação de afeto decorrentes das mais diversas razões, como *déficit* de habilidades sociais e ausência de cuidadores, a comida poderia obter, portanto, essa função (Meyer, 2008; Vale & Elias, 2011).

O alimento pode aliviar momentaneamente respondentes associados a situações aversivas e eliciar prazer (Meyer, 2008; Vale & Elias, 2011). A ingestão de comida pode eliciar respondentes considerados prazerosos (associados à liberação de opioides endógenos) incompatíveis com aqueles eliciados por eventos aversivos (Meyer, 2008; Vale & Elias, 2011). Assim, a resposta de se alimentar pode ter função de autorregulação emocional e fuga/esquiva do contato com comportamentos privados aversivos, sendo as compulsões alimentares, em parte, mantidas por reforço negativo; com isso, a compulsão alimentar, mais provável após períodos de jejum, seria positiva e negativamente reforçada; no entanto, o uso da comida para esse fim pode produzir punição, concomitantemente, na forma de excesso de peso, frequentemente associado à vergonha e culpa (Meyer, 2008). A produção concomitante de consequências reforçadoras e aversivas contribui para explicar a ambivalência e a relação paradoxal que pacientes com TA têm com a comida, que é tanto aquilo que alivia, diminuindo o contato com os respondentes associados à solidão, por exemplo, como também aquilo que produz ganho de peso e implica sentimentos aversivos (Vale & Elias, 2011).

O paciente com AN pode ter aprendido que seu adoecimento tem função de punição para os pais. Adoecer, a partir deste registro, teria a função de punir e/ou exercer contracontrole diante do controle aversivo empregado pelos pais (Sidman, 1989/1995; Vale & Elias, 2011). Por outro lado, manter-se com baixo peso poderia, ao mesmo tempo, produzir reforçadores sociais que não eram obtidos quando o paciente não estava doente, como a presença e atenção dos pais, de outros familiares e ser atendido em pedidos (Vale & Elias, 2011). Assim, na clínica, é frequente o relato de pacientes que se sentem amados e especiais apenas quando estão com baixo peso; a partir dessa descrição, infere-se que a recuperação do peso produziria diminuição ou retirada de afeto/atenção (punição negativa).

No que se refere a perda de caracteres sexuais secundários, autores destacam que tal perda pode ser negativamente reforçada nos casos em que o contato com a sexualidade for aversivo para o paciente, em função de determinantes de sua história de vida, tais como

repressão sexual, abuso sexual ou problemas com a orientação homossexual (Strother et al., 2012). Outra função da restrição alimentar associada à aparência infantil é a recusa de perder reforçadores disponibilizados com maior frequência durante a infância (Alckmin-Carvalho, 2018). Na clínica, é comum observar, em pacientes adolescentes com AN, o medo/dificuldade de lidar com as demandas da vida adulta, podendo haver, consciente ou inconscientemente, um medo de permanecer para sempre jovem, reforçando positiva e negativamente os comportamentos de restrição alimentar (Vale & Elias, 2011). Consciência é compreendida aqui, como a capacidade de relatar para os outros ou para si próprio, a própria ação ou os sentimentos que a antecedem e dar-se conta das razões do próprio comportamento (Rose, 1982).

Nível Cultural

Juntamente aos níveis filogenéticos e ontogenéticos, práticas culturais, contribuem para a determinação dos comportamentos humanos (Skinner, 1981/2007). A afirmativa é válida tanto para o comportamento alimentar quanto para os comportamentos associados ao diagnóstico de AN, como restrição alimentar, medo de ganhar peso ou tornar-se obeso, ter compulsão alimentar e purgar (APA, 2013). Estudos epidemiológicos indicam que há maior incidência e prevalência desse tipo de TA em países ocidentais, sobretudo naqueles em que a indústria da moda exhibe – em catálogos, *outdoors* e passarelas – modelos com baixo peso (Oliveira & Hutz, 2010).

Nas últimas décadas, pesquisadores têm demonstrado (por exemplo, por meio da comparação do IMC – índice de massa corpórea – de modelos capa de revista e de participantes de concurso de beleza) a mudança no ideal estético vigente (Oliveira & Hutz, 2010). A partir da década de 1960 – sobretudo atualmente – o padrão de beleza passou, progressivamente, de um corpo com curvas, do tipo ‘violão’, para outro, marcadamente emagrecido e andrógono, tanto para homens quanto para mulheres (Oliveira & Hutz, 2010). Assim, é razoável supor que essas alterações tenham contribuído para o aumento da incidência e prevalência de AN na atualidade.

O processo histórico da definição de ideal de beleza tem programação certa: a insatisfação corporal. Hercovici e Bay (1997) apontam a contradição entre a oferta de alimentos e as formas corporais idealizadas; em épocas nas quais os alimentos são escassos, a imagem robusta é sinal de poder e opulência, enquanto em períodos nos quais os alimentos estão disponíveis em grande quantidade, como atualmente, a magreza representa autodisciplina e sucesso.

Os meios de comunicação de massa, frequentemente apresentam propagandas nas quais se estabelece uma relação de contingência entre perder peso/ter um corpo emagrecido e obter reforçadores positivos generalizados, como popularidade, competência e atratividade sexual, contribuindo para a formulação de regras que funcionam como antecedentes para respostas frequentes em casos de AN. Assim, é comum serem verificados insatisfação corporal, distorção da imagem corporal e medo de engordar entre meninos e meninas dos mais variados níveis socioeconômicos (Alves, Vasconcelos, Calvo, & Neves, 2008).

Um estudo avaliou, por meio do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), comportamentos de risco para AN entre universitárias das cinco regiões do Brasil (N = 2.483) (Alvarenga, Scagliusi, & Philippi, 2011). Os autores verificaram comportamentos de risco (como dietas restritivas e outras práticas inadequadas para controle de peso) em 23,7% a 30,1% da amostra, a depender da região do país. Também apontaram que, em função da alta frequência encontrada em todas as regiões do Brasil, devem ser planejadas medidas de prevenção para a população jovem.

Estilos Parentais

A família constitui o primeiro e mais importante contexto social, emocional e cultural para o desenvolvimento do ser humano (Alvarenga, Weber, & Bolsoni-Silva, 2016; Baumrind, 1966; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991). Dentro das relações familiares são verificadas condições favoráveis ou desfavoráveis para a aquisição de habilidades socioemocionais requeridas em outros contextos, como na escola, na relação com professores e com os pares, e, em idade adulta, nos relacionamentos amorosos e nas relações de trabalho (Stasiak, Weber, & Tucunduva, 2014).

Alvarenga et al. (2016) apontam que há diversas pesquisas quase-experimentais e experimentais nas áreas de Psicologia Clínica e em Psicologia do Desenvolvimento que descrevem e discutem características comportamentais dos pais que influenciariam, positiva ou negativamente, o desenvolvimento saudável de seus filhos (Bochi, Friedrich, & Pacheco, 2016; Cardoso & Veríssimo, 2013; Formiga, 2015). Entre essas variáveis está o estilo parental, construído desenvolvido por Baumrind (1966), na década de 1960 e ampliado, posteriormente, por Maccoby e Martin (1983) e Lamborn et al. (1991). O estilo parental é uma terminologia que abrange uma ampla gama de práticas dos pais empregadas no convívio e na socialização de seus filhos. Expressa-se por meio de práticas educativas, mas também por meio da comunicação não verbal, hierarquia, intensidade e frequência de expressão de afeto, cuidado e controle (Alvarenga et al., 2016).

Em termos analítico-comportamentais, pode-se considerar que os estilos parentais são amplas classes de comportamentos que os pais utilizam na educação e socialização de seus filhos no cotidiano. São considerados operações estabelecedoras, que propiciam a modelagem de diferentes comportamentos que favorecem ou desfavorecem o desenvolvimento de repertórios de habilidades sociais nos filhos (Alvarenga et al., 2016). Por exemplo, o estilo autoritário e coercitivo de um pai pode ser operação estabelecedora para modelar comportamentos de dependência, submissão e esquiva, ao passo que o estilo indulgente pode ser operação estabelecedora para modelar comportamentos de transgressão de regras e desrespeito aos limites (Alvarenga et al., 2016).

A avaliação dos comportamentos característicos de cada estilo parental deve ser realizada com cautela. É importante avaliar o comportamento funcionalmente, em termos de seus antecedentes e consequências, e não exclusivamente na topografia. Por exemplo, um comportamento que topograficamente poderia ser considerado autoritário, pode ter a função de estabelecimento de limites, uma característica de pais que se preocupam com o desenvolvimento de seus filhos. Por outro lado, comportamentos negligentes ou indulgentes podem ser, à primeira vista, avaliados como amigáveis e benevolentes.

De acordo com Maccoby e Martin (1983), cada estilo parental difere em termos de *responsividade* e de *exigência*. Pais responsivos apresentam alta frequência de comportamentos que denotam afeto, têm forte envolvimento nas atividades do filho, ao mesmo tempo que não são intrusivos. Barber (1996) descreve que o comportamento intrusivo dos pais inclui controle excessivo, suporte desnecessário (que dificultaria o desenvolvimento de habilidades e de autonomia), violação de privacidade e tentativa de manipulação dos pensamentos e sentimentos do filho. Em outras palavras, pais responsivos são aqueles que estão próximos, física e emocionalmente, sem serem intrusivos (Alvarenga et al., 2016).

A segunda dimensão que compõe o estilo parental é a exigência, que inclui comportamentos como monitoria, supervisão, estabelecimento de regras e limites de modo claro, coerente e consistente, definição de valores morais da família e contingenciamento adequado dos comportamentos dos filhos (Maccoby & Martin, 1983). Kerr e Stattin (2000) adicionaram à dimensão de exigência a habilidade dos pais de propiciarem um clima favorável para a autorrevelação e conversas sobre as atividades cotidianas.

A classificação do estilo parental deriva de diferentes combinações entre as dimensões de responsividade e de exigência. Maccoby e Martin (1983) descrevem a existência de quatro estilos parentais resultantes dessa combinação: autoritário, indulgente, negligente e autoritativo. Na Figura 1 está representado um esquema desses estilos.

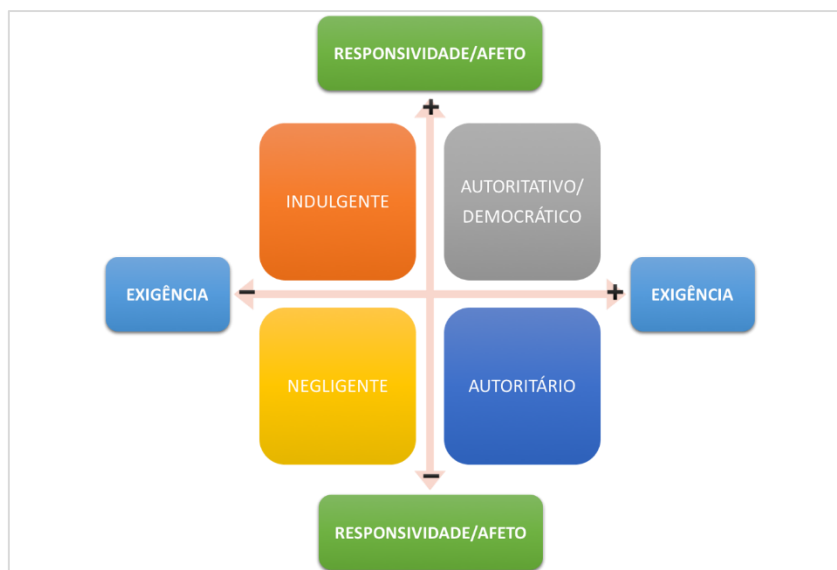


Figura 1. Esquema representativo dos estilos parentais

Fonte: Maccoby e Martin (1983).

A seguir, serão apresentados os quatro estilos parentais, a compreensão analítico-comportamental a respeito deles e os problemas associados a cada estilo.

a) Autoritário: caracterizado pela baixa frequência de comportamento responsivo/afetivo e alto nível de exigência (às vezes, desnecessária), com emprego de coerção. Pais com estilo autoritário tendem a ser psicologicamente inflexíveis (repertório altamente controlado por regras e autorregras de conduta moral e pouco controlado pelas contingências em vigor na interação), têm valores absolutos e inquestionáveis e empregam alto nível de controle no contato com os filhos para adequá-los a esses valores. Há regras rígidas e punição arbitrária dos comportamentos de seus filhos, muitas vezes opostas às consequências naturais ou lógicas (Maccoby & Martin, 1983).

Sob a ótica analítico-comportamental, sabe-se que o uso frequente de coerção e punição produz uma série de consequências danosas ao desenvolvimento infantil, como empobrecimento do repertório comportamental e diminuição da variabilidade (Sidman, 1989/1995). Indivíduos que têm comportamentos frequentemente punidos aprendem o que não podem ou não devem fazer, mas não aprendem comportamentos alternativos para a produção de reforçadores. Além disso, pessoas amplamente controladas por meio de coerção e punição desenvolvem repertórios de fuga, esquiva e contracontrole (Sidman, 1989/1995). Todas essas consequências do controle aversivo produzem, por sua vez, altos índices de ansiedade e desamparo aprendido, ambos associados à aprendizagem de

incontrolabilidade/imprevisibilidade da apresentação de estimulação aversiva (Sidman, 1989/1995).

Pesquisadores apontam que adolescentes criados sob o estilo parental autoritário podem se tornar hostis ou submissos, além de apresentarem déficit de habilidades socioemocionais, como resiliência, empatia, habilidade de comunicação e de resolução de conflitos (Bolsoni-Silva, Loureiro, & Marturano, 2016). Esses adolescentes têm uma chance aumentada de apresentar problemas de comportamentos internalizantes, como isolamento social, depressão e ansiedade (Braza et al., 2015; Sabbag & Bolsoni-Silva, 2015).

b) Indulgente: caracterizado pelo baixo nível de exigência, por alta responsividade e por comportamentos afetuosos. Pais com estilo indulgente tendem a ser vistos como compreensivos e afetuosos, mas se comportam de modo não contingente ao comportamento de seus filhos, manejo que acaba reforçando, inadvertidamente, comportamentos inadequados. Têm dificuldades em desapontar seus filhos, exercem pouca autoridade, fazem poucas exigências por comportamento maduro e não estabelecem ou mantêm regras e limites de modo consistente (Maccoby & Martin, 1983).

Na perspectiva analítico-comportamental, compreende-se que pais indulgentes reforçam os comportamentos de seus filhos, com atenção e afeto, em esquema de reforçamento contínuo, independentemente do modo como o adolescente se comporta (Alvarenga et al., 2016). Como consequência, selecionam e mantêm comportamentos considerados problemáticos, como desistir de atividades importantes em momentos de dificuldade. Como resultado de um esquema de reforçamento contínuo em casa, esses adolescentes não adquirem repertório para o enfrentamento de adversidades e apresentam baixo nível de tolerância às frustrações advindas da quebra da contingência de reforçamento no processo de extinção (Skinner, 1989).

Adolescentes socializados por pais indulgentes têm seus comportamentos mais controlados por reforçadores imediatos e apresentam dificuldades para se organizar de modo a produzir reforçadores de longo prazo e de maior magnitude (Alvarenga et al., 2016). Esse déficit implica problemas econômicos, na carreira e em todas as outras situações que demandam planejamento, nas quais a consequência reforçadora é apresentada em um esquema de reforçamento intermitente de razão variável (Hanna & Todorov, 2002).

Adolescentes criados sob o estilo parental indulgente apresentam maior chance de abusar de substâncias psicoativas e de desenvolver obesidade e outros problemas caracterizados por dificuldade de autocontrole e mantidos por reforçamento negativo no nível de pensamento (esquiva experiencial) (Alvarenga et al., 2016). Esses adolescentes têm uma probabilidade

aumentada de apresentar problemas de comportamentos externalizantes, como quebrar regras e emitir comportamentos agressivos, além de baixos níveis de habilidades socioemocionais, como empatia, resiliência e autocontrole (Pacheco, Teixeira, & Gomes, 2012).

c) Negligente: caracterizado por baixos níveis de responsividade e de exigência. Pais com esse estilo parental são pouco afetuosos. As regras, monitoria e supervisão são escassas. Quando os filhos emitem comportamentos considerados muito inadequados, sobretudo na presença de outras pessoas, usam coerção e punição de modo inconsistente. São descritos como frios e incapazes de identificar e satisfazer as necessidades emocionais de seus filhos. Apresentam baixo nível de envolvimento e responsabilidade na educação e socialização dos filhos e adotam posturas menos custosas no cuidado com eles, de modo a evitar aborrecimentos (Maccoby & Martin, 1983).

A compreensão analítico-comportamental é de que a educação que pais com perfil negligente fornecem a seus filhos tende a ficar sob controle de reforçamento negativo (Alvarenga et al., 2016). Por exemplo, atendem aos seus pedidos (mesmo os considerados inadequados) para evitar emissão de uma resposta mais custosa, que poderia trazer aborrecimentos. Acabam, assim, reforçando comportamentos que prejudicam o desenvolvimento de seus filhos e punindo comportamentos adequados. Como não estão atentos aos comportamentos dos filhos, acabam punindo tentativas de aproximação adequadas (por exemplo, pedidos de atenção e conversa) e reforçando comportamentos inadequados (por exemplo, comportamentos agressivos) com atenção, mesmo associada a outros tipos de estimulação aversiva.

Filhos de pais negligentes podem aprender que não têm importância para os pais porque não têm valor como ser humano, o que implica diversas dificuldades na adolescência e na idade adulta (Alvarenga & Piccinini, 2001). Têm maior chance de apresentar problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes, além de baixos níveis de habilidades socioemocionais e baixa autoestima (DeHart, Pelham, & Tennen, 2006).

d) Autoritativo: caracterizado por altos níveis de responsividade, de afeto e de exigência. Pais com esse estilo têm êxito em estabelecer limites e regras de forma clara e consistente. Explicam a função das regras e a importância dos limites e estão atentos às necessidades dos filhos e aos seus interesses. Criam um clima amistoso, que favorece a expressão de desejos e opiniões, bem como a comunicação entre os membros da família, de modo geral. O clima favorável e as práticas educativas consistentes produzem sensação de segurança e um senso de pertencimento nos filhos, assim como bem-estar na presença dos pais (Maccoby & Martin, 1983).

Em termos analítico-comportamentais, considera-se que a consistência dos comportamentos dos pais com estilo autoritativo está associada à sua sensibilidade às contingências vigentes na interação com os filhos, e produz, como consequência, autocontrole e autorregulação emocional nos adolescentes (Alvarenga et al., 2016). A consistência do comportamento parental facilita o treino discriminativo dos filhos, que aprendem as consequências que seus comportamentos podem produzir em diversos contextos (Hirsh, Stockwell, & Walker, 2014).

Pais com estilo autoritativo são bem-sucedidos em consequenciar diferencialmente os comportamentos dos filhos, ampliando comportamentos adequados via extinção de inadequados e reforço de comportamentos alternativos, incompatíveis os anteriores. Esse tipo de manejo amplia a variabilidade comportamental e favorece o desenvolvimento de autoestima positiva, de comportamentos prossociais e de habilidades sociais (Alvarenga et al., 2016). Dentre todos os estilos parentais, é o que está menos associado à presença de problemas de comportamentos internalizantes ou externalizantes (Nogueira & Rodrigues, 2016).

Por meio de indicadores de desempenho escolar e de habilidades sociais, entre outros, pesquisadores têm evidenciado uma importante influência dos estilos parentais empregados pelos pais no desenvolvimento infantil (Pacheco et al., 2012). Têm evidenciado também a correlação entre estilos parentais específicos e o surgimento de problemas de comportamento e transtornos psiquiátricos nos filhos (Nogueira & Rodrigues, 2016).

De modo geral, as conclusões dos estudos nessa área convergem na seguinte direção: o estilo autoritativo dos pais está associado a menores indicadores de problemas de comportamentos e maiores indicadores de habilidades socioemocionais de seus filhos. Estilos parentais autoritários, negligentes ou indulgentes, por sua vez, estariam ligados a problemas de comportamento e transtornos psiquiátricos (Alvarenga & Piccinini, 2001; Braza et al., 2015; Bolsoni-Silva et al., 2016; DeHart et al., 2006; Hirsh et al., 2014; Nogueira & Rodrigues, 2016; Pacheco et al., 2012; Sabbag & Bolsoni-Silva, 2015).

Estilos e Práticas Parentais e Anorexia Nervosa

As relações familiares e as características dos pais parecem desempenhar papel fundamental no aparecimento de comportamentos alimentares alterados e em sua manutenção (Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, & Garrido-Casals, 2011; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014; Robinson, Strahan, Girz, Wilson, & Boachie, 2013). Por exemplo, um estudo com o objetivo de avaliar se a psicopatologia parental está associada a distúrbios

alimentares nos filhos avaliou 156.679 adolescentes com idades entre 12 e 24 anos (Bould et al., 2015). Os autores encontraram que transtornos mentais nos pais são fator de risco para distúrbios alimentares em meninas (*Adjusted Hazard Ratio* (AHR) = 1,57 (IC 95%: 1,42-1,92), $p < 0,00001$). O risco de transtornos alimentares é aumentado se algum dos pais tem diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (AHR = 2,28 (IC 95%: 1,39-3,72, $p = 0,004$), Transtornos de Personalidade (AHR = 2,28 (IC 95%: 1,01-2,44, $p = 0,04$) ou Depressão e Ansiedade (AHR = 1,57 (IC 95%: 1,32-2,86, $p < 0,0001$).

Além de psicopatologias dos pais, os estilos parentais empregados na socialização com seus filhos também têm sido apontados como fator de risco ou de proteção para o surgimento de AN (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008; Enten & Golan, 2009; Horesh, et al., 2015; Jauregui-Lobera et al., 2011; Tetley et al., 2014; Robinson et al., 2013). A seguir serão descritos diversos estudos empíricos que demonstram essa associação.

Jauregui-Lobera et al. (2011) avaliaram, em um estudo transversal, uma amostra de 37 pessoas com AN (Média = 21,3; Desvio Padrão = 6,6), tratadas ambulatoriamente em uma clínica-escola vinculada a uma universidade espanhola. O estilo parental foi avaliado por meio do *Parental Bonding Instrument* (PBI). Os autores encontraram que a maioria dos pacientes com AN relataram baixos níveis de suporte emocional e de cuidado e altos níveis de controle, empregado tanto pelos pais quanto pelas mães, na infância e na adolescência. Esse perfil comportamental dos pais se manteve em idade adulta. Essa descrição é compatível com o estilo parental autoritário, descrito por Maccoby e Martin (1983).

Na mesma direção, em um estudo israelense com delineamento caso-controle, os autores avaliaram os estilos parentais (PBI) sob os quais 43 pacientes com AN (Média = 21,3; Desvio Padrão = 3,7) foram socializados (Canetti et al., 2008). Os resultados foram comparados a 33 controles não clínicos (Média = 22,3; Desvio Padrão = 4,5), pareados por idade e sexo. Encontrou-se que o grupo de pacientes com AN percebiam suas mães como menos afetuosas do que o reportado pelo grupo controle ($t = -1,45$; $p < 0,01$) e seus pais como mais controladores ($t = -2,02$; $p < 0,05$) e menos afetuosos ($t = 3,15$; $p < 0,05$) do que o reportado pelos participantes do grupo controle. Novamente, esse perfil comportamental é compatível com o estilo autoritário (Maccoby & Martin, 1983). No grupo de participantes com AN, os altos níveis de controle materno e baixo suporte emocional tiveram correlação positiva e estatisticamente significativa com a severidade dos sintomas alimentares, avaliados pelo Questionário sobre Alimentação (EDE-q).

Outro estudo transversal, romeno, investigou as associações entre estilos parentais (*Parental Authority Questionnaire*) e sintomas de transtornos alimentares (*Eating Disorders*

Inventory II (EDI-II) e EAT-26) em uma amostra de 32 pacientes com AN (Média = 18,8; Desvio Padrão = 4,7) (Enten & Golan, 2009). Os autores encontraram correlação negativa e estatisticamente significativa entre, de um lado, o estilo parental autoritativo e, de outro, a busca por magreza ($r = -0,322$; $p = 0,04$) e a insatisfação corporal ($r = -0,321$; $p = 0,04$). Esses achados indicam que o estilo autoritativo poderia funcionar como fator de proteção para o aparecimento de sintomas de transtornos alimentares, como insatisfação corporal e engajamento em comportamentos que tenham como função perder peso. Além disso, foi encontrada correlação positiva e estatisticamente significativa entre escores totais do EDI e o estilo autoritário do pai ($r = 0,308$; $p = 0,04$). Por fim, verificou-se correlação negativa e estatisticamente significativa entre os escores do EDI e o estilo autoritativo do pai ($r = -0,329$; $p = 0,03$). Com relação às mães, contrariando as hipóteses iniciais do estudo, não houve correlações estatisticamente significativas entre os estilos parentais e as variáveis alimentares analisadas (Enten & Golan, 2009).

Um estudo italiano investigou, em uma amostra de 3.158 adolescentes com idades entre 14 e 18 anos, a percepção de estilo parental e sua relação com autoconceito, e buscou estabelecer se essas variáveis afetam a vulnerabilidade para o surgimento de sintomas de patologia alimentar, avaliados pelo EDI (Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2013). A percepção de estilo parental foi avaliada pelo Perceived Parental Bonding (PBI), preenchida pelos adolescentes, com avaliação de duas áreas: cuidado/afeto parentais, expressos por comportamentos que indicam afeição e acolhimento ou frieza e rejeição e superproteção parental, compreendido por intrusividade e dificuldade de encorajar autonomia e independência. Os autores encontraram que superproteção materna ($b = 0,04$; $p = 0,03$) e paterna ($b = 0,132$; $p = 0,0001$) e baixo nível de cuidado/afeto paterno ($b = -0,40$; $p = 0,04$) foram preditores da busca por magreza, que por sua vez é fator de risco isolado para o surgimento de TA. Os autores encontraram ainda que todas as associações entre estilos parentais e psicopatologia alimentar foram mediadas pelo autoconceito dos adolescentes ($F(1,3120) = 167.135$, $p < 0,0001$; $b = -0,226$).

Um estudo israelense, com o objetivo de avaliar a relação entre pai e filha e a severidade do transtorno alimentar, comparou mulheres com TA ($n = 53$) a um grupo controle sem transtornos mentais ($n = 60$), sobre a percepção de seus pais e de sua relação com eles, tendo variáveis sociodemográficas balanceadas (Horesh, et al., 2015). A relação com o pai foi avaliada em termos de cuidado/afeto e superproteção, pelo PBI, e os sintomas de transtornos alimentares foram avaliados pelo EDI, BDQ e EAT. Os autores encontraram que os pacientes com TA descreveram seus pais como menos afetuosos/cuidadosos (2,79-Desvio Padrão = 0,73

vs 3,30-Desvio Padrão = 0,60, $n^2 = 0,13$, $p < 0,0001$) e mais superprotetores do que o reportado pelos controles saudáveis (2,01; Desvio Padrão = 0,60 vs 1,74; Desvio Padrão = 0,41, $n^2 = 0,05$, $p < 0,05$).

Ao encontro dos resultados descritos, uma revisão sistemática recente sobre estilos parentais reportados por pacientes com transtornos alimentares avaliou os resultados de 24 estudos indexados na National Library of Medicine (MEDLINE), American Psychological Association (PsycINFO), Biomedical research | Elsevier (EMBASE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (Tetley et al., 2014). Os autores encontraram que mulheres com transtornos alimentares avaliam mais frequentemente seus cuidadores como menos afetuosa, mais superprotetores e com maiores expectativas quanto ao desempenho do que o reportado por pacientes do grupo controle, sem transtornos alimentares.

Somados aos achados provenientes de pesquisas empíricas, psicólogos clínicos que trabalham no tratamento de pacientes com transtornos alimentares observam particularidades no funcionamento de famílias em que um dos membros desenvolveu AN. Cobelo, Saikali e Schomer (2004) reportam que, frequentemente, em famílias de pacientes com AN, há intolerância frente às diferenças individuais entre os membros da família nuclear, sendo que essas diferenças são entendidas como ameaça à constituição familiar. Clínicos relatam também que os altos níveis de exigência dos cuidadores quanto ao desempenho de seus filhos estariam pautados em uma noção idealizada da família. Por fim, chamam a atenção para padrões comportamentais de evitação/prevenção de conflitos, o que indicaria pouco repertório para a resolução de problemas (Cobelo et al., 2004; Nicoletti, Gonzaga, Modesto, & Cobelo, 2010).

Em resumo, achados provenientes de pesquisas empíricas realizadas em diversos países e com diferentes metodologias apontam que estilos parentais marcados por pouco cuidado/afeto, superproteção, relações instáveis e aversivas, altos níveis de exigência, dificuldades de comunicação e de resolução de conflitos são fatores de risco, que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo para AN.

Considerações Finais

No presente artigo discutiu-se que comportamentos característicos da AN, seus determinantes filogenéticos, ontogenéticos e culturais. Embora as classes de comportamentos verificadas em casos de AN sejam prejudiciais, em termos de saúde física e mental, o analista do comportamento não as considera disfuncionais, uma vez que mesmo comportamentos que produzem prejuízos ou sofrimento ao indivíduo ocorrem porque variáveis ambientais os

selecionaram e os mantiveram ao longo do tempo. Desse modo, cabe ao clínico investigar as variáveis antecedentes e consequentes aos comportamentos de restrição alimentar e outros métodos de controle do peso, com a finalidade de compreender a sua função, e remanejar as contingências para reduzir sua frequência.

Entre as variáveis associadas aos comportamentos verificados em pessoas com AN, evidenciou-se o papel dos estilos e práticas parentais, que podem funcionar tanto quanto fatores de risco como de proteção para o surgimento do transtorno alimentar. Verificou-se que o estilo parental autoritário, marcado por baixo nível de responsividade emocional/afeto e altos índices de exigência e controle estiveram associados a quadros de AN. Além disso, superproteção parental, marcada por intrusividade e dificuldade de encorajar autonomia e independência também aumentaram o risco de AN.

O Analista do Comportamento deve considerar que os estilos e as práticas parentais são classes de comportamentos passíveis de mudança; assim, o clínico pode atuar no sentido de oferecer psicoeducação e treinamento parental com a finalidade de aquisição de repertórios marcados por responsividade emocional, nível de exigência adequado, além de comportamentos parentais que promovam o desenvolvimento da autonomia dos filhos, de acordo com a faixa etária e possibilidades individuais.

Durante a intervenção psicoterapêutica deve-se considerar que pais também podem ser afetados pelo estado de saúde dos filhos, uma vez que podem não ter repertório para responder a situações complexas, envolvendo riscos à condição física e mental. Portanto, para um melhor prognóstico relacionado ao andamento do caso, seria adequado adotar uma postura de não culpabilização e de empatia com a família, medida que favorece sua participação como protagonista do tratamento de seu filho com AN.

Conclui-se que avaliar e manejar, quando necessário, os estilos e práticas parentais no tratamento de crianças e adolescentes com AN é uma medida que produz impacto positivo no prognóstico e reduz a possibilidade de recaídas no futuro. Embora o presente estudo apresente de modo ordenado os achados na área de estilos parentais e AN, não foi realizada busca sistematizada dos estudos incluídos. Estudos de revisão sistemática sobre essa associação são necessários, uma vez que podem aumentar o nível de evidência dessa correlação, além de ressaltar aspectos que demandam a intervenção do clínico. Ademais, aponta-se para a importância do delineamento de ensaios clínicos com a finalidade de testar o impacto das alterações dos estilos e práticas parentais de pais de crianças e adolescentes com AN, na gravidade do transtorno alimentar.

Referências

- Alckmin-Carvalho (2018). *Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com anorexia nervosa e a seus pais: coletânea de casos*. (Tese de Doutorado, Programa de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).
- Alckmin-Carvalho, F., & Melo, M. H. S. (2018). *Anorexia Nervosa na adolescência: avaliação e tratamento sob a perspectiva analítico-comportamental*. In A. K. C. R. Farias (Org.). *Clínica Analítico-Comportamental*. (p. 145-164). Porto Alegre: Artmed.
- Alckmin-Carvalho, F., Rafihi-Ferreira, R., Rocha, M., & Melo, M. (2020). Compreensão analítico-comportamental da anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(2), 423-434. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd2102177>
- Almeida, P. E., Guedes, M. L., Rossi, A. C., Tolosa, B., Rodrigues, B., Tchalekian, B., & Agosti, L. (2014). Comportamento alimentar e transtorno alimentar: uma discussão de variáveis determinantes da anorexia e da bulimia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 21-29. Recuperado em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/655/402>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 449-460. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722001000300002>
- Alvarenga, M. D. S., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2011). Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 3-7. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/a02v38n1>.
- Alvarenga, P. A., Weber, L. N. D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 4-21. Recuperado em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/827/456>.
- Alves, E., Vasconcelos, F. D. A. G. D., Calvo, M. C. M., & Neves, J. D. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(3), 503-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300004>

- Atiye, M., Miettunen, J., Raevuori-Helkamaa, A. (2014). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Rev.* 23(2), 89-99. <https://doi.org/10.1002/erv.2342>
- Bari, A., Robbins, T. W. (2013). Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control. *Progress in Neurobiology*, 108(1), 44–79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.06.005>
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296-3319. Recuperado em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9071782>.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 34(7), 887-907. Recuperado em: <http://persweb.wabash.edu/facstaff/hortonr/articles%20for%20class/baumrind.pdf>.
- Bochi, A., Friedrich, D., & Pacheco, J. T. B. (2016). Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. *Temas em Psicologia*, 24(2), 549-563. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-09>
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico (Porto Alegre)*, 47(2), 111-120. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.20806>
- Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(1), 51-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12389>
- Braza, P., Carreras, R., Muñoz, J. M., Braza, F., Azurmendi, A., Pascual-Sagastizábal, E., Cardas, J., & Sánchez-Martín, J. R. (2015). Negative maternal and paternal parenting styles as predictors of children's behavioral problems: Moderating effects of the child's sex. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 847–856. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9893-0>.
- Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2014). How perceived parental bonding affects self-concept and drive for thinness: a community-based study. *Eating Behaviors*, 15(1), 110-115. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.024>
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder

- psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 703-716. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20482>
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 393-406. Recuperado em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v31n4/v31n4a06.pdf>.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400011>
- DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(1), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2004.12.005>
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys? *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 111-117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.07.019>
- Enten, R. S., & Golan, M. (2008). Parenting styles and weight-related symptoms and behaviors with recommendations for practice. *Nutrition Reviews*, 66(2):65-75. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2007.00009.x>
- Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2009.02.013>
- Formiga, N. S. (2015). Dinâmica interna familiar e condutas desviantes: verificação de um modelo teórico em jovens brasileiros. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(2), 115-128. Recuperado em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/1874/1993>.
- Hanna, E. S., & Todorov, J. C. (2002). Modelos de autocontrole na análise experimental do comportamento: utilidade e crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 337-343. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n3/a14v18n3>.
- Hercovici, C. R., & Bay, L. (1997). *Anorexia Nervosa e Bulimia: ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hirsh, J. L., Stockwell, F., & Walker, D. (2014). The effects of contingent caregiver imitation of infant vocalizations: a comparison of multiple caregivers. *The Analysis of Verbal Behavior*, 30(1), 20-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40616-014-0008-9>
- Jauregui-Lobera, I., Bolanos-Rios, P., & Garrido-Casals, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 728-735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01723.x>

- Kerr, M., & Hakan, S. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36(3), 366-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.36.3.366>
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology*/Paul H. Mussen, editor.
- Méquinion, M.; Chauveau, C.; Viltart, O. (2015). The Use of Animal Models to Decipher Physiological and Neurobiological Alterations of Anorexia Nervosa Patients. *Frontiers in Endocrinology*, 6(1), 68. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2015.00068>
- Meyer, S. B. (2008). Functional analysis of eating disorders. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 1(1), 26-33. Recuperado em: <http://psycnet.apa.org/fulltext/2014-52669-005.pdf>.
- Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em estudo*, 15(1), 217-223. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000100023>.
- Nogueira, S. C., & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Práticas educativas e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 35-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012293035044>
- Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 575-582. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a15>.
- Pacheco, J. T., Teixeira, M. A., & Gomes, W. B. (2012). Estilos parentais e desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37721999000200004>.
- Phillipou, A., Rossell, S. L., Castle, D. J. (2014). The neurobiology of anorexia nervosa: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2):128–52.10. <https://doi.org/10.1177/0004867413509693>
- Robinson, A. L., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A., & Boachie, A. (2013). ‘I know I can help you’: parental self-efficacy predicts adolescent outcomes in family ased therapy for eating

- disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 108-114. <https://doi.org/10.1002/erv.2180>
- Rose, J. C. C. de. (1982). Consciência e propósito no behaviorismo radical. In: B. Prado Junior (Org.). *Filosofia e comportamento*. (pp. 67-72). São Paulo: Brasiliense.
- Sabbag, G. M., & Bolsoni-Silva, A. T. (2015). Interações entre mães e adolescentes e os problemas de comportamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(1), 68-83. Recuperado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100006
- Santos, D. R., & Soares, M. R. Z. (2017). Avaliação inicial e funcional de um caso clínico de transtorno alimentar sob a perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(2), 45-58. Recuperado em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=230.
- Seitz, J., Bühren K., von Polier, G. G., Heussen, N., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K. (2014). Morphological changes in the brain of acutely ill and weight-recovered patients with anorexia nervosa. A meta-analysis and qualitative review. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42 (1), 7-18. doi: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000265>
- Schultz W. (1997). Dopamine neurons and their role in reward mechanisms. *Curr Opin Neurobiol*, 7(2), 191-197 [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(97\)80007-4](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(97)80007-4)
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. (Azzi, R.; Andery, M.A, Trads.). Campinas, SP: Editorial Psy. (Original published in 1989).
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage Books Edition.
- Skinner, B. F. (1989). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1953)
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-137. (Original published in 1981).
- Stasiak, G. R., Weber, L. N. D., & Tucunduva, C. (2014). Qualidade na interação familiar e estresse parental e suas relações com o autoconceito, habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Psico* (Porto Alegre), 45(4), 494-501. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15846>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355. doi: <http://dx.doi.org/10.1080 / 10640266.2012.715512>
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: a systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016 / j.eatbeh.2013.10.008>

Vale, A. M. O. D., & Elias, L. R. (2011). Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 52-70. Recuperado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v13n1/v13n1a05.pdf>.

Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22411>.

Recebido em: junho de 2020

Aceito em: dezembro de 2020