

Anorexia Nervosa e Construção de Significado: Validação divergente de uma narrativa protótipo

Bárbara C. Machado¹

Óscar F. Gonçalves²

Paulo P. P. Machado³

Margarida R. Henriques⁴

Isabel Brandão⁵

António Roma-Torres⁶

Resumo

O estudo que apresentamos vem na sequência de um outro em que foi construída a narrativa protótipo da anorexia nervosa e analisada a sua validade convergente (grau de verosimilhança). Desenvolvemos dois estudos empíricos cujos objectivos centrais são: a) analisar a validade divergente (grau de discriminação) da narrativa protótipo da anorexia, b) explorar aspectos da história dos sujeitos e dos seus *significativos* (familiares) que possam estar associados a uma diferença de intensidade na identificação com a narrativa da anorexia e c) proceder a um estudo exploratório do poder preditivo de algumas das variáveis descritivas das amostras. Estas foram constituídas por 70 sujeitos com anorexia nervosa e 64 *significativos*, respectivamente. Os resultados não confirmam a validação divergente da narrativa protótipo da anorexia, colocando em causa a hipótese da sua prototipia. Ao nível dos participantes com anorexia, foi encontrada uma tendência para uma identificação mais elevada com a narrativa da depressão. Os seus *significativos* mostraram tendência para uma identificação mais elevada dos seus familiares com a narrativa da agorafobia. Ambos os participantes discriminaram a narrativa protótipo da anorexia apenas em relação à narrativa da toxicodependência. O padrão de resultados observado nos dois estudos a respeito da narrativa da anorexia é o mesmo, sendo que em ambos aquela narrativa assume o segundo lugar em termos de ordem média de identificação. De entre os *significativos*, é com mães que os sujeitos com anorexia convergem na avaliação que fazem a respeito da identificação com a narrativa protótipo da anorexia.

PALAVRAS-CHAVE: Narrativas; Psicopatologia; Narrativas Protótipo; Anorexia; Validação Divergente.

Abstract

The current paper emerges in continuity with another study in which the anorectic prototype narrative was constructed and its convergent validity (degree of similitude) was analyzed. We developed two empirical studies in which the principal goals were: a) to study the divergent validity (degree of discrimination) of the anorectic prototype narrative, b) to explore some aspects of the history of participants and their close confidants (relatives) that may be associated to the difference in which they identify themselves or their relatives with the anorectic prototype narrative, and c) to study the predictive power of some descriptive variables of the sample. Seventy subjects diagnosed with anorexia and 64 relatives participated in the study. The results did not confirm the divergent validation of the anorectic prototype narrative and, therefore, the prototype hypothesis. The anorectic participants displayed tendency to a higher identification with the depression prototype narrative. Their relatives showed a tendency to a higher identification with the agoraphobia prototype narrative. The anorectic prototype narrative was discriminated by both participant groups from the drug abuse prototype narrative. A similar pattern of results with respect to the anorectic prototype narrative was found in both studies with that narrative achieving the second place of identification. Within the group of relatives it is with their mothers that the anorectic subjects converge with respect to the identification with the anorectic prototype narrative.

KEYWORDS: Narratives; Psychopathology; Prototype Narrative; Anorexia; Divergent Validity.

INTRODUÇÃO

O modelo que suportou, conceptual e metodologicamente, os estudos desenvolvidos neste trabalho assenta em algumas premissas. Considera que uma das características fundamentais de qualquer indivíduo é a sua permanente procura e construção de significado pessoal (cf. Guidano, 1987, 1991; Rosen, 1996).

Posiciona a linguagem como um processo central para a construção do conhecimento, considerando-se os processos psicológicos como processos discursivos (cf. M. Gonçalves, 2003). Organizamos a nossa experiência, construímos significados acerca dela e socializamos o nosso conhecimento através da linguagem (cf. Gonçalves, 2000; M. Gonçalves & Gonçalves, 1999).

A narrativa surge assim como metáfora para a noção de organização cognitiva para a construção de processos de significação permitindo que os indivíduos atribuam significado à experiência e organizem os significados plurais da sua existência (Gonçalves, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000). Construímos conhecimento através da nossa experiência e organizamo-lo por intermédio de uma matriz narrativa. O processo narrativo subjacente à construção de significados dá liberdade ao

indivíduo para que construa significado acerca de si próprio, dos outros e do mundo através do acto de narrar. Deste modo, a narrativa deve existir por analogia com a experiência, combinando um espaço, tempo e cultura ligados de forma coerente por múltiplos significados (Gonçalves, 2000). Ao indivíduo é-lhe incumbido o desafio de introduzir uma ordem narrativa na sua vida e o seu funcionamento adaptativo passa a implicar a capacidade para absorver, criativa e proactivamente, a diversidade de experiências sensoriais, emocionais e cognitivas (Gonçalves, Korman e Angus, 2000).

Nesta óptica, são três as dimensões centrais para a matriz narrativa enquanto processo de significação: estrutura, processo e conteúdo (Gonçalves, 1998, 2000; Gonçalves, Korman e Angus, 2000) que proporcionam, respectivamente, um sentido de coerência, complexidade e multiplicidade narrativa. De acordo com este modelo, uma adaptação saudável à vida implica: 1) construção de um sentido de coerência, dentro e através de diferentes narrativas; 2) explorar múltiplas narrativas do passado, do presente e do futuro; 3) enriquecer estas narrativas pela diversidade dos processos experienciais das narrativas, como é o caso das experiências sensoriais, emoções, cognições e significados (Gonçalves, Korman e Angus, 2000).



A psicopatologia ilustra um fracasso numa dasquelas três dimensões, emergindo como uma forma discursiva prototípica, invariante e limitativa da experiência que organiza a realidade do indivíduo e reduz a diversidade e flexibilidade narrativa (cf. Gonçalves, Alves, Soares, Duarte & Henriques, 1996; Henriques, Machado & Gonçalves, 2002; Soares, 1993). Diferentes tipos de psicopatologia passam a ser considerados como sistemas específicos de significação que correspondem a diferentes protótipos narrativos. Neste âmbito, Gonçalves e colaboradores (1996) construíram e validaram 5 narrativas protótipo: a narrativa protótipo/NP da Anorexia, a NP da Depressão, a NP da Agorafobia, a NP do Alcoolismo e a NP da Toxicoddependência (cf. Figura 1).

Assim, propusemo-nos estudar a organização narrativa da anorexia nervosa desenvolvendo dois estudos. O primeiro teve como principal objectivo verificar se os sujeitos com anorexia nervosa se identificam mais com a narrativa protótipo da anorexia do que com as narrativas construídas para as outras quatro psicopatologias (i.e., depressão, agorafobia, alcoolismo e toxicoddependência). O segundo estudo visou explorar a continuidade do ponto de vista da significação a respeito da anorexia nervosa entre sujeitos que sofrem daquela patologia e aqueles que são considerados por eles elementos significativos das suas vidas.

ESTUDO I

Método

• Participantes

Participaram neste estudo 70 sujeitos com diagnóstico de anorexia nervosa de acordo com os critérios do DSM-IV; quarenta e oito (68.6%) tinham

Figura 1. Categorias hierárquicas da narrativa protótipo da anorexia, da depressão, do alcoolismo, da agorafobia e da toxicoddependência (in Henriques, Machado & Gonçalves, 2002).

DIMENSÕES DAS NARRATIVAS							
	Contexto	Acontecimento activador	Resposta interna	Objectivo	Ações	Resultado	Finalização
NP anorexia	Casa & Escola	Contrariedade & Confronto com os outros	Tristeza Ansiedade Desencanto Ira	Afirmar vontade	Choro & Oposição Afirmção	Fracasso	Nova face da vida & Recusa aceitação
NP depressão	Espaço interior/casa	Perda/ Decepção	Incredulidade Tristeza & Raiva	Compreender & Aceitar a situação	Paralisia Isolamento & Choro	Prostração & Abandono	Fragilidade
NP alcoolismo	Íntimo	Perda	Tristeza & Tensão	Ultrapassar rapidamente a situação	Fuga & Choro	Isolamento	Viragem & Queda
NP agorafobia	Deslocações hospital-casa	Separação Desejo-Risco	Medo Aflição- Choque Insegurança Ansiedade Perda controlo Abandono Tristeza- Desespero Ofensa Revolta Afirmção pessoal	Garantir segurança & Vencer desafio	Evitamento Tensão-Choro & Desafio Busca de apoio	Insucesso Angústia & Regresso, Acalmia Felicidade	Tomar consciência da desgraça & Sentimento de auto-competência
NP toxicoddependência	Local Público	Situação incontrolável	Dor Sofrimento & Prazer Alívio	Procura Prazer & Evitamento Dor	Controlo externo & Não confronto	Status-quo	Perda social & Perda poder pessoal

Nota: As iniciais "NP" significam Narrativa Protótipo.

o sub-tipo de diagnóstico restritivo e 22 (31.4%) o sub-tipo purgativo. A quase totalidade dos participantes (68; 97.1%) pertenciam ao sexo feminino já que apenas 2 (2.9%) eram sexo masculino e as idades estavam compreendidas entre os 12 e os 37 anos (M=20.29; DP=5.93). A maioria dos participantes eram solteiros (65; 92.9%) e estudantes (51, 72.9) com a escolaridade compreendida entre o ensino básico e a licenciatura (M=10.73; DP=2.48).

Os critérios de inclusão consistiam no diagnóstico actual de anorexia nervosa segundo os critérios do DSM-IV (APA; 1996); os de exclusão consistiam na presença de comorbilidade com outras perturbações do eixo I ou II.

• Instrumentos

Foi desenvolvido um Questionário de Diagnóstico Clínico para avaliar os sintomas dos participantes. Corresponde a um breve questionário, a ser preenchido pelo clínico responsável pelo caso, o qual tem por função clarificar o diagnóstico completo dos participantes e facultar informação relativa à fase de terapia em que se encontram. Dele também fazem parte questões relativas à presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva e à utilização de métodos compensatórios (i.e., vômito, laxantes, dieta/comida de baixas calorias e exercício físico excessivo), avaliados de acordo com o grau de periodicidade e severidade (inexistente; até uma vez por semana/ligeiro; 2 a 3 vezes por semana/ moderado; 4 vezes por semana ou diariamente/severo; mais de uma vez por dia/extremo).

Aos participantes foi-lhes pedido que preenchessem um questionário sobre informação sócio-demográfica, nível sócio-económico (Graffar) e questões relativas ao curso, evolução e tratamento da perturbação alimentar.

Para avaliar a presença de psicopatologia e mal-estar psicológico associado à anorexia nervosa utilizámos a Lista de Sintomas de Hopkins – Revista / *Symptom Checklist 90-R* (SCL 90-R; Derogatis, 1977). É uma medida de auto-relato composta por 90 itens que são avaliados numa escala tipo likert de cinco pontos que se referem a diferentes níveis de mal-estar. É composto por 3 escalas globais (i.e., Índice de Gravidade Geral, Índice de Perturbação

Sintomática Positiva e Total de Sintomas Positivos) e 9 escalas de sintomas (i.e., Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo). Tem sido usada no estudo de variadíssimas perturbações psiquiátricas, incluindo as perturbações do comportamento alimentar (e.g., Machado, Gonçalves, Machado, Santos & Santos, 2001; Buddeberg, Bernet, Schmid & Buddeberg, 1997).

A sintomatologia específica das perturbações do comportamento alimentar e correlatos psicológicos que frequentemente lhes estão associados foi avaliada através do Inventário de Perturbações Alimentares / *Eating Disorders Inventory* (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983). O EDI é constituído por 64 itens que avaliam comportamentos e atitudes relacionadas com a alimentação em populações normais, sintomatologia bulímica e anoréctica e características pessoais normalmente associadas à psicopatologia alimentar. Os sujeitos respondem a um formato de escolha forçada de 6 opções. Apresenta 8 subescalas (Impulso para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação corporal, Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoceptiva e Medos da Maturidade). A versão portuguesa demonstrou ter características psicométricas ajustadas (c.f., Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001).

Finalmente, e com o objectivo de estudar a validade divergente nos sujeitos com anorexia nervosa utilizámos o Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo (Gonçalves & Henriques, 2000). Destina-se a solicitar uma avaliação comparativa da identificação com cada uma das narrativas protótipo e a tarefa do sujeito passa por ordenar as identificações estabelecendo uma hierarquia de acordo com a qual deverá colocar em primeiro lugar a narrativa que mais tem a ver com o seu funcionamento e em último a narrativa com que menos se identifica.

• Procedimento

A recolha dos dados foi efectuada no Hospital de São João (Porto) e no Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento da Universidade do



Minho (Braga). Os psiquiatras e os psicólogos que trabalham nestas duas instituições seleccionavam os casos que cumpriam os critérios propostos pelos DSM-IV para o diagnóstico de anorexia nervosa e referiam-nos ao investigador responsável com o respectivo Questionário de Diagnóstico Clínico preenchido. Posteriormente os participantes eram entrevistados individualmente aplicando as restantes medidas de avaliação (Questionário de Informação Sócio-Demográfica; Graffar; Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo; SCL 90-R; EDI).

• Análise dos Dados

Foram utilizadas análises estatísticas não paramétricas. A validação divergente da narrativa protótipo da anorexia foi calculada através do teste não-paramétrico de Friedman para comparação das ordens médias de identificação com as diversas narrativas, seguido da Fórmula de Comparações Múltiplas (Silva, 1994). Também realizámos análises de regressão múltipla assumindo como variável dependente a ordem média atribuída à narrativa da anorexia e, como independentes, variáveis demográficas, de diagnóstico e psicopatologia e sintomas das perturbações do comportamento alimentar.

• Resultados

Em relação aos resultados obtidos ao nível da sintomatologia e história clínica (quadro 1), a maioria dos participantes tinha o sub-tipo de diagnóstico restritivo (48; 68.6%). Todos estavam em processo psicoterapêutico e praticamente metade dos participantes já tinha sido internado, pelo menos, uma vez (31; 44.3%). Um terço (34.3%) tinha anorexia nervosa há, pelos menos, dois anos e meio. No momento da avaliação os participantes apresentavam um índice de massa corporal médio de 15.4 (DP=1.68). A maioria dos participantes (65; 92.9%) conseguia a perda de peso e/ou a manutenção de um peso abaixo do normal por meio da dieta ou jejum (quadro 2). Finalmente, e relativamente aos sintomas das PCA e psicopatologia associada estudados através das diversas subescalas e factores do SCL 90-R e do EDI, em termos médios, todas elas pontuam acima dos respectivos pontos de corte (à excepção do factor Bulimia do EDI; quadro 3 e 4).

Quadro 1. Distribuição da amostra ao nível das suas características clínicas.

		N(%)
Sub-Tipo Diagnóstico	Restritivo	48 (68.6)
	Purgativo	22 (31.4)
Fase da Terapia	Inicial	31 (44.3)
	Intermédia	39 (55.7)
	Final	0
Tempo de Terapia	1ª consulta	13 (18.6)
	< meio ano	24 (34.3)
	≥ meio ano	33 (47.1)
Número de Internamentos	Nenhum	39 (55.7)
	Um	22 (31.4)
	> 1	9 (12.9)
Anos de Evolução AN	< 1 ano	23 (32.9)
	≥ 1 ano < 2,5 anos	23 (32.9)
	≥ 2,5 anos	24 (34.3)

Quadro 2. Distribuição da amostra por severidade da utilização de Métodos Compensatórios e envolvimento em Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva (IAC), nos últimos 3 meses.

	Não existente N(%)	Ligeiro N(%)	Moderado N(%)	Severo N(%)	Extremo N(%)
Métodos Compensatórios					
Vómito	54 (77.1)	4 (5.7)	2 (2.9)	6 (8.6)	4 (5.7)
Laxantes	61 (87.1)	4 (5.7)	1 (1.4)	3 (4.3)	1 (1.4)
Dieta	5 (7.1)	2 (2.9)	12 (17.1)	17 (24.3)	34 (48.6)
EFexcessivo	49 (70)	4 (5.7)	3 (4.3)	7 (10)	7 (10)
IAC	54 (77.1)	4 (5.7)	5 (7.1)	4 (5.7)	3 (4.3)
IAC/purga	54 (77.1)	4 (5.7)	3 (4.3)	3 (4.3)	6 (8.6)

Quadro 3. Médias e desvios padrão (M e DP) das pontuações nas subescalas e índice de gravidade geral do SCL 90-R.

Subescalas e Índice de Gravidade Geral do SCL 90-R										
	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	GSÍ
M	1.57	1.80	2.03	1.92	1.67	1.44	.99	1.69	1.40	1.68
(DP)	(.78)	(.70)	(.97)	(.76)	(.80)	(.83)	(.75)	(.90)	(.74)	(.66)
Pontos de Corte	1.14	1.47	1.26	1.40	1.36	1.19	.98	1.25	.76	1.23

Nota: As iniciais "S", "OC", "SI", "D", "A", "H", "AF", "IP", "P" e "GSÍ" referem-se às subescalas do SCL 90-R: Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e Índice de Gravidade Geral, respectivamente.

Os resultados obtidos na validação divergente ao nível dos valores de ordem média mostram que a narrativa protótipo da depressão atingiu o nível de ordem mais elevado; só a seguir é que surge a narrativa protótipo da anorexia, seguindo-se-lhe a da agorafobia, do alcoolismo e da toxicoddependência (quadro 5). Como podemos observar através do quadro 6, a identificação com a narrativa protótipo da anorexia é significativamente superior à identificação com a narrativa protótipo da toxicoddependência ($X^2 = 50 > 40.6$; $p < .05$); já quando comparada com as narrativas protótipo da depressão, da agorafobia e do alcoolismo não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 4. Médias e desvios padrão (M e DP) das pontuações nos factores e resultado total do EDI.

Factores e Resultado Total do EDI									
	IE	B	IC	I	P	DI	CI	MM	RT
M	11.86	2.32	14.09	11.06	7.68	7.29	9.08	7.65	71.02
(DP)	(8.30)	(3.30)	(7.60)	(7.99)	(4.50)	(4.61)	(5.79)	(5.30)	(33.84)
Pontos de Corte	6	2	8	10	5	4	5	6	43

Nota: As iniciais "IE", "B", "IC", "I", "P", "DI", "CI", "MM" e "RT" referem-se às escalas do EDI; Impulso para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoceptiva, Medos da Maturidade e Resultado Total, respectivamente.

Quadro 5. Ordens médias de identificação com as NP e X^2 de Friedman para os resultados da ordenação.

Narrativas Protótipo	Ordem Média das Ordenações
NP Anorexia	3.12
NP Depressão	3.31
NP Agorafobia	3.10
NP Alcoolismo	3.06
NP	2.40
Toxicoddependência	
$X^2 (4 \text{ g.l.}) = 13.66, p < .01$	

Nota: Destacamos a negro o valor da ordem média mais elevado.

Quadro 6. Comparação dos pares de NP e significância estatística das respectivas diferenças com base na fórmula de comparações múltiplas (FCM) em que, para os resultados da ordenação, se obteve o valor de 40.6.

Pares de Narrativas Protótipo (somatório dos valores de ordem)	Diferença dos Somatórios dos valores de ordem	Significância estatística
NP Ano (219) NP Dep (233)	-14	-14 < 40.6; N.S.
NP Ano (219) NP Ago (218)	1	1 < 40.6; N.S.
NP Ano (219) NP Alc (215)	4	4 < 40.6; N.S.
NP Ano (219) NP Tox (169)	50	50 > 40.6; p < .05
NP Dep (233) NP Ago (218)	15	15 < 40.6; N.S.
NP Dep (233) NP Alc (215)	18	18 < 40.6; N.S.
NP Dep (233) NP Tox (169)	64	64 > 40.6; p < .05
NP Ago (218) NP Alc (215)	3	3 < 40.6; N.S.
NP Ago (218) NP Tox (169)	49	49 > 40.6; p < .05
NP Alc (215) NP Tox (169)	46	46 > 40.6; p < .05

Foi estudada a validação divergente de subamostras definidas com base em variáveis demográficas e clínicas da amostra. Existe uma tendência para uma identificação superior com a narrativa protótipo da anorexia, comparativamente com a identificação com a narrativa protótipo da toxicoddependência, quando os sujeitos são de nível sócio-económico superior ($X^2 = 31 > 20.4$; $p < .01$), quando se envolvem de forma extrema em episódios de ingestão alimentar compulsiva, seguidos de comportamentos purgativos ($X^2 = 19 > 15.22$; $p < .05$) e quando pontuam clinicamente na subescala Ideação Paranoide do SCL 90-R ($X^2 = 42 > 32.88$; $p < .05$) e factor total de EDI ($X^2 = 40 > 34.3$; $p < .05$). Os sujeitos que desenvolvem anorexia nervosa há pelo menos dois anos e meio e cotaram acima do ponto de corte no factor Bulimia do EDI identificam-se mais com a narrativa protótipo da anorexia comparativamente com a narrativa protótipo da toxicoddependência ($X^2 = 40 > 24.2$; $p < .01$; $X^2 = 33 > 24.3$; $p < .01$) e com a narrativa protótipo da agorafobia ($X^2 = 27 > 24.2$; $p < .01$; $X^2 = 28 > 24.3$; $p < .01$) (quadros 7 e 8).



Quadro 7. Resultados da Validação Divergente no Nível Sócio-Económico (NSE), Ingestão Alimentar compulsiva/Purga (IAC/P) e Anos de Evolução do Problema (AEP).

NSE Superior n = 18	IAC/P ≥ 2 vez dia n = 9	AEP ≥ 2,5 n = 24
NP Ano (66) NP Dep (61 / 5) NP Alc (60 / 6) NP Ago (52 / 14) NP Tox (35 / 31)	NP Ano (35) NP Dep (32 / 3) NP Alc (30 / 5) NP Ago (22 / 13) NP Tox (16 / 19)	NP Ano (91) NP Alc (80 / 11) NP Dep (74 / 17) NP Ago (64 / 27) NP Tox (51 / 40)
X ² (4 g.l.) = 13.54, p <.01 FCM = 20.4	X ² (4 g.l.) = 10.84, p <.05 FCM = 15.22	X ² (4 g.l.) = 15.57, p <.01 FCM = 24.2

Quadro 8. Resultados da Validação Divergente na subescala Ideação Paranóide (SIP) do SCL 90-R e factor Total (FT) e Bulimia (FB) do EDI.

SIP SCL 90-R acima ponto corte n = 45	FT EDI acima ponto corte n = 49	FB EDI acima ponto corte n = 24
NP Ano (150) NP Dep (146 / 4) NP Ago (138 / 12) NP Alc (133 / 17) NP Tox (108 / 42)	NP Ano (164) NP Dep (164 / 0) NP Alc (146 / 18) NP Ago (137 / 27) NP Tox (124 / 40)	NP Ano (88) NP Dep (83 / 5) NP Alc (74 / 14) NP Ago (60 / 28) NP Tox (55 / 33)
X ² (4 g.l.) = 9.67, p <.05 FCM = 32.88	X ² (4 g.l.) = 9.86, p <.05 FCM = 34.3	X ² (4 g.l.) = 13.57, p <.01 FCM = 24.3

Foi encontrado um padrão diferente de resultados no que respeita a outras variáveis clínicas. Os sujeitos que estão em terapia há menos de meio ano e aqueles cujas mães avaliam a narrativa protótipo da anorexia como pouco relacionada com eles identificam-se significativamente mais com a narrativa protótipo depressão do que com a narrativa protótipo toxicod dependência (X² = 45>23.59; p<.01; X² = 22>14.38; p<.01) e, inclusivamente da anorexia (X² = 25>23.59; p<.01; X² = 22>14.38; p<.01) (quadro 9). Já através do quadro 10 observamos que os sujeitos que cotam abaixo do limiar clínico nas subescalas Sensibilidade Interpessoal e Ansiedade do SCL 90-R e nos factores Total e Consciência Interoceptiva do EDI se identificam significativamente mais com a narrativa protótipo da agorafobia do que com a narrativa protótipo da toxicod dependência (X² = 28>19.95; p<.05; X² = 41>19.95; p<.01; X² = 36>19.95; p<.01; X² =

43>19.95; p<.01) e, novamente, narrativa protótipo da anorexia (X² = 20>19.95; p<.05; X² = 31>19.95; p<.01; X² = 26>19.95; p<.01; X² = 24>19.95; p<.01).

Quadro 9. Resultados da Validação Divergente segundo o Tempo de Terapia (TT) e identificação atribuída pelas mães à NP da Ano de acordo com as suas filhas.

TT < 6 meses n = 24	Identificação entre 1 e 2 n = 9
NP Dep (96 / -25) NP Alc (73 / -2) NP Ago (73 / -2) NP Ano (71) NP Tox (51 / 20)	NP Dep (38 / -22) NP Ago (35 / -19) NP Alc (30 / -14) NP Ano (16) NP Tox (16)
X ² (4 g.l.) = 16.96, p <.01 FCM = 23.59	X ² (4 g.l.) = 19.38, p <.01 FCM = 14.38

Quadro 10. Resultados da Validação Divergente nas subescalas Sensibilidade Interpessoal (SSI) e Ansiedade (SA) do SCL 90-R e factores Total (FT) e Consciência Interoceptiva (FCI) do EDI.

SSI do SCL 90-R abaixo ponto de corte n = 17	SA do SCL 90-R abaixo ponto de corte n = 25	FT do EDI abaixo ponto de corte n = 17
NP Ago (66 / -20) NP Alc (56 / -10) NP Dep (53 / -7) NP Ano (46) NP Tox (38 / 8)	NP Ago (101 / -31) NP Dep (75 / -5) NP Alc (73 / -3) NP Ano (70) NP Tox (60 / 10)	NP Ago (70 / -26) NP Dep (55 / -11) NP Alc (52 / -8) NP Ano (44) NP Tox (34 / 10)
X ² (4 g.l.) = 10.47, p <.05 FCM = 19.95	X ² (4 g.l.) = 14.73, p <.01 FCM = 24.23	X ² (4 g.l.) = 16.85, p <.01 FCM = 20.17

Finalmente, os resultados obtidos na análise de regressão múltipla revelam que os anos de evolução da anorexia nervosa constituem uma variável significativamente preditora da ordem média de identificação atribuída à narrativa protótipo da anorexia (F(1,35) = 7.56, p<.01). O teste Mann-Whitney posteriormente realizado permite-nos afirmar que são os participantes que têm anorexia há pelos menos dois anos e meio que têm maior tendência para se identificarem com a narrativa protótipo da anorexia (44.13>31; p<.01) (quadro 11).

Quadro 11. Análise de Regressão Múltipla para predição da ordem atribuída à identificação com a NP da anorexia.

Predictor	r ²	β	t	Modelo Final
Anos de Evolução AN	.11	.33	2.75	F(1,35) = 7.56*

*p <.01

Estudo 2

Método

• Participantes

Participaram neste estudo 64 sujeitos afetivamente significativos dos participantes do estudo I, estando cada um deles representado neste estudo por um par de *significativos*. A grande maioria dos significativos eram pais dos sujeitos do estudo I (52; 81.2%). A média de idades era de 43 anos (DP=10.17) e o nível sócio-económico (NSE) distribuía-se essencialmente entre o médio (24; 37.5%) e o médio-alto (16; 25%).

• Instrumentos

Utilizámos um Questionário de Dados Demográficos, construído para os significativos e o Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo - Versão para significativos (Gonçalves e Henriques, 2000). Este questionário é em tudo idêntico ao utilizado no estudo anterior sugerindo, neste caso, que a avaliação comparativa entre as 5 narrativas protótipo seja efectuada em relação ao familiar com anorexia nervosa.

• Procedimento

A grande maioria dos sujeitos que participaram neste estudo acompanhava os seus familiares (participantes do estudo I) à consulta de psicoterapia. Assim, contactávamos pessoalmente o sujeito que acompanhava o seu familiar à consulta, solicitando a sua adesão ao estudo.

• Análise dos Dados

As análises desenvolvidas foram, na generalidade, do mesmo tipo das efectuadas no estudo anterior. Com a finalidade de explorar a existência de relação entre os resultados de identificação propostos pelos significativos e os resultados atribuídos pelos respectivos sujeitos com anorexia no estudo anterior, às diversas narrativas, de acordo com os resultados de ordenação, desenvolvemos análises de correlação de Spearman e uma análise discriminante.

• Resultados

Os resultados obtidos na validação divergente

indicam que a ordem média mais elevada corresponde, neste estudo, à narrativa protótipo da agorafobia, seguida pelas narrativas da anorexia, da depressão, do alcoolismo e da toxicod dependência (quadro 12). A identificação com a narrativa protótipo da anorexia é, mais uma vez, significativamente superior à identificação com a narrativa protótipo da toxicod dependência ($X^2 = 49 > 38.75$; $p < .05$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre a narrativa protótipo da anorexia e as restantes narrativas protótipo (quadro 13).

Quadro 12. Ordens médias de identificação com as NP. Segundo os significativos e X^2 de Friedman, para os resultados da ordenação.

Narrativas Protótipo	Ordem Média das Ordenações
NP Anorexia	3.18
NP Agorafobia	3.41
NP Depressão	3.12
NP Alcoolismo	2.88
NP Toxicod dependência	2.41
X^2 (4 g.l) = 14.78, $p < .01$	

Nota: Destacamos a negro o valor da ordem média mais elevado.

Quadro 13. Comparação da identificação atribuída pelos significativos entre os pares de NP e significância estatística das respectivas diferenças, com base na fórmula de comparações múltiplas (FCM), em que, para os resultados da ordenação se obteve o valor de 38.75.

Pares de Narrativas Protótipo (somatório dos valores de ordem)	Diferença dos somatórios dos valores de ordem	Significância estatística
NP Ano (204) NP Dep (201)	3	3 < 38.75; N.S.
NP Ano (204) NP Ago (219)	-15	-15 < 38.75; N.S.
NP Ano (204) NP Alc (185)	19	19 < 38.75; N.S.
NP Ano (204) NP Tox (155)	49	49 > 38.75; p < .05
NP Ago (219) NP Dep (201)	18	18 < 38.75; N.S.
NP Ago (219) NP Alc (185)	34	34 < 38.75; N.S.
NP Ago (219) NP Tox (155)	64	64 > 38.75; p < .05
NP Dep (201) NP Alc (185)	16	16 < 38.75; N.S.
NP Dep (201) NP Tox (155)	46	46 > 38.75; p < .05
NP Alc (185) NP Tox (155)	30	30 < 38.75; N.S.



Os resultados obtidos na validação divergente de subamostras indicam que em 5 subamostras a narrativa protótipo da anorexia obtém diferenças significativas em relação à narrativa protótipo da toxicodependência, sendo precedida pela narrativa protótipo da agorafobia em 4 das subamostras (quadros 14 e 15).

Quadro 14. Resultados da Validação Divergente separadamente por Sexo, Habilitações Literárias (HL) e Nível Sócio-Económico (NSE) dos Significativos.

Sexo Feminino n = 35	HL ≤ 4ª classe n = 18	NSE médio-alto n = 16
NP Ago (122 / -8) NP Ano (114) NP Dep (113 / 1) NP Alc (101 / 13) NP Tox (77 / 37)	NP Ano (69) NP Ago (62 / 7) NP Dep (53 / 16) NP Alc (45 / 24) NP Tox (43 / 26)	NP Dep (56 / -7) NP Ago (53 / -4) NP Alc (53 / -4) NP Ano (49) NP Tox (31 / 18)
χ^2 (4 g.l) = 14.08, p <.01 FCM = 28.9	χ^2 (4 g.l) = 11.11, p <.05 FCM = 20.85	χ^2 (4 g.l) = 9.69, p <.05 FCM = 19.67

Quadro 15. Resultados da Validação Divergente separadamente por Grau de Parentesco (GP) e Geração dos Significativos.

GP mãe n = 29	GP mãe + pai n = 52	Geração adultos n = 54
NP Ago (101 / -1) NP Ano (100) NP Dep (91 / 9) NP Alc (79 / 21) NP Tox (66 / 34)	NP Ago (180 / -7) NP Ano (173) NP Dep (157 / 16) NP Alc (144 / 29) NP Tox (130 / 43)	NP Ago (187 / -8) NP Ano (179) NP Dep (163 / 16) NP Alc (152 / 27) NP Tox (133 / 46)
χ^2 (4 g.l) = 12.25, p <.05 FCM = 26.32	χ^2 (4 g.l) = 13.07, p <.05 FCM = 34.9	χ^2 (4 g.l) = 13.83, p <.01 FCM = 35.55

Podemos observar, através do quadro 16, que a única variável com poder preditivo que surgiu neste estudo tem que ver com a própria identificação dos sujeitos com anorexia nervosa face à respectiva narrativa, explicando 18% da variância dos resultados da ordenação atribuída pelo grupo de significativos composto por mães em relação à narrativa protótipo da anorexia ($F(1,35) = 7.19, p <.05$).

A respeito das correlações, estas análises envolviam sempre 2 grupos de significativos, um composto por mães, que corresponde ao grupo de significativos 1, e outro composto por pais, que diz respeito ao grupo de significativos 2. Como podemos observar através do quadro 17 existe uma correlação positiva significativa entre a avaliação efectuada pelas mães e a realizada pelas suas filhas

acerca da narrativa protótipo da anorexia ($r_{sp} = .36, p <.05$). Também podemos observar que as mães de nível sócio-económico médio-alto tendem a convergir com a avaliação das suas filhas a respeito da identificação com a narrativa protótipo da anorexia ($r_{sp} = .70, p <.05$), tal como acontece entre as mães cujas filhas desenvolvem anorexia nervosa há pelo menos dois anos e meio ($r_{sp} = .65, p <.05$) (quadro 18).

Quadro 16. Análise de Regressão Múltipla para predição da ordem atribuída pelo grupo de significativos I (mães) à NP da anorexia, envolvendo as variáveis de identificação dos sujeitos com AN em relação à respectiva narrativa.

Predictor	r ²	β	t	Modelo Final
Identificação dos sujeitos com AN com a NP Ano	.18	.43	2.68*	$F(1,35) = 7.19^*$

*p <.05

Quadro 17. Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos significativos (Sig.1 e Sig.2) e os sujeitos com AN à NP da anorexia (NPAno), segundo os resultados de ordenação.

Correlações entre as identificações atribuídas à NP Ano	Sig.1 NP Ano	Sig.2 NP Ano
Suj. NP Ano	.36*	.26

Nota: A negro encontram-se destacados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos.

*p <.05

Quadro 18. Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos dois grupos de significativos (Sig.1 e Sig.2) à NPAno, separadamente para diversas subamostras.

Correlações entre as identificações com a NP Ano	
Nível Sócio-Económico	
NSE Alto Sig.1 / Suj.Ano	-.18
NSE Médio-Alto Sig.1 / Suj.Ano	.70*
NSE Médio Sig.1 / Suj.Ano	.44
NSE Baixo Sig.1 / Suj.Ano	.36
NSE Alto Sig.2 / Suj.Ano	.70
NSE Médio-Alto Sig.2 / Suj.Ano	.22
NSE Médio Sig.2 / Suj.Ano	.30
NSE Baixo Sig.2 / Suj.Ano	.32
Anos de Evolução do Problema	
< 2,5 anos Sig.1 / Suj.Ano	.89
≥ 2,5 anos Sig.1 / Suj.Ano	.65*
< 2,5 anos Sig.2 / Suj.Ano	-.01
≥ 2,5 anos Sig.2 / Suj.Ano	.38

Nota: A negro encontram-se destacados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos.

*p <.05

Como podemos observar (quadro 19 e 20), os anos de evolução do quadro de anorexia nervosa são discriminantes da consistência/discrepância entre a avaliação dos 2 grupos de significativos e a dos sujeitos com anorexia (teste de Fisher, <.05). Enquanto na maioria dos pares de sujeitos consistentes, tanto as mães como os pais das anorécticas consideravam que a perturbação das suas filhas dura há pelo menos dois anos e meio (77.78%; 7/9), no grupo de pares discrepantes a tendência inverteu-se (68.75%; 11/16).

Quadro 19. Análise Discriminante conduzida sobre a consistência/discrepância entre a ordem de identificação com a narrativa da anorexia, atribuída pelos sujeitos com anorexia e pelo grupo de significativos1 (N=25).

Variáveis	Lambda de Wilks	F(1.23)
Nível sócio-económico dos sujeitos com anorexia	.94	1.36
Anos evolução anorexia nervosa de acordo sujeitos	.99	.30
Anos evolução anorexia nervosa de acordo sig1	.80	5.74*
Factor Impulso para Emagrecer	.99	.24
Factor Bulimia	.79	6.18*
Factor Consciência Interoceptiva	.99	.24
Escala Sensibilidade Interpessoal	.95	1.24
Escala Ansiedade	.99	.04

*p <.05

Quadro 20. Análise Discriminante conduzida sobre a consistência/discrepância entre a ordem de identificação com a narrativa da anorexia, atribuída pelos sujeitos com anorexia e pelo grupo de significativos2 (N=22).

Variáveis	Lambda de Wilks	F(1.20)
Nível sócio-económico dos sujeitos com anorexia	.98	.50
Anos evolução anorexia nervosa de acordo sujeitos	.86	3.35
Anos evolução anorexia nervosa de acordo sig2	.68	9.46*
Factor Impulso para Emagrecer	.99	.25
Factor Bulimia	.94	1.23
Factor Consciência Interoceptiva	.99	2.31
Escala Sensibilidade Interpessoal	.95	1.04
Escala Ansiedade	.99	2.31

*p<.01

• Conclusões

Nem os sujeitos com anorexia nervosa, nem os seus significativos seleccionaram para primeiro lugar de identificação a narrativa protótipo da anorexia (apenas para segundo) e só a discriminam dos restantes protótipos em relação à identificação com a narrativa protótipo da toxicodependência. Consi-

deramos que a troca de identificações observada entre a narrativa protótipo da depressão e a narrativa protótipo da agorafobia não compromete a validade da narrativa protótipo da anorexia nem a possibilidade da sua co-construção discursiva uma vez que o padrão de resultados observado nos dois estudos a respeito da narrativa protótipo da anorexia é o mesmo, concluindo que os pais dos sujeitos com anorexia nervosa expressam o mesmo movimento identificatório que os seus filhos já tinham exibido ao situarem a narrativa protótipo da anorexia entre as narrativas da agorafobia e depressão e ilustram o mesmo padrão de indiferenciação entre a narrativa protótipo da anorexia e aquelas narrativas.

Chamamos a atenção para o facto de ter sido no grupo de significativos composto por mães que os resultados permitiram concluir pela convergência de avaliações entre significativos e seus familiares com anorexia. Admitimos que a co-construção de significados e decorrente partilha de códigos discursivos se verifique, sobretudo entre sujeitos e familiares que exibam maior disponibilidade e cumplicidade já que, à medida que se vão afinando os resultados, é entre mães e filhas que a convergência de avaliações é mais robusta.

Quando há uma maior duração do quadro de anorexia nervosa os sujeitos diferenciam-se dos restantes, identificando-se mais com a narrativa protótipo da anorexia e discriminando-a tanto da narrativa protótipo da toxicodependência como da narrativa protótipo da agorafobia. Por sua vez, as mães das anorécticas com uma duração da perturbação mais longa estão em consonância com as suas filhas do ponto de vista do significado que a própria patologia passa a assumir no seu funcionamento e uma maior duração do quadro de anorexia é também discriminativa da constância dos resultados entre as anorécticas e os seus pais (em sentido lato). A duração da anorexia nervosa parece ter um grande impacto na própria rigidificação de significado em termos prototípicos não só ao nível do significado pessoal como ao nível da partilha discursiva deste significado.

Sempre que os sujeitos com anorexia nervosa não apresentam resultados clinicamente significativos no SCL-90 e EDI têm uma maior tendência para se identificarem com a narrativa protótipo da agorafobia. Num estudo desenvolvido recentemente



(cf. Henriques et al., 2003) conclui-se que os participantes sem psicopatologia revelaram a mesma tendência e diferenciaram a narrativa protótipo da agorafobia de todas as restantes. Parece que o nosso estudo foi composto por dois tipos de sujeitos: os que apresentam uma maior gravidade sintomática e os que, apesar do diagnóstico de anorexia nervosa, não apresentam morbidade suficiente para se identificarem com narrativa protótipo da anorexia, identificando-se antes com a narrativa protótipo da agorafobia, narrativa que melhor ilustra o funcionamento da população normal.

A respeito das limitações do nosso estudo, uma delas tem que ver com o facto de, no estudo 1, terem participado os dois tipos de diagnóstico de anorexia, ao contrário do estudo que deu origem à narrativa protótipo da anorexia e estudou a sua validade convergente (cf. Soares, 1993), em que só participaram anorécticas sub-tipo restritivo. Ao nível do estudo 2, a principal limitação diz respeito

ao facto de os significativos que nele participaram serem relativos apenas a 34 anorécticas (as restantes 36 não estavam representadas). As conclusões tiradas a respeito da amostra global devem ser consideradas com algumas reservas.

Uma das propostas para estudos futuros acerca da organização narrativa da anorexia nervosa seria recolher narrativas dos dois sub-tipos de anorexia e de sujeitos com bulimia nervosa já que do ponto de vista nosológico se tem evoluído para uma visão transdiagnóstica das perturbações do comportamento alimentar (cf. Russel, 2003; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003). A variabilidade intragrupo subjacente aos próprios sujeitos com anorexia pode ser responsável pelo panorama de indiferenciação que se observou em relação à narrativa protótipo da anorexia indiferenciação que talvez possa ser ultrapassada se admitirmos uma narrativa que contemple mais discursos prototípicos.

Referências

- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªed.)* (DSM-IV). Lisboa: Climepsi Editores. (Publicação original 1994).
- Cooper, Z. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.). *Eating Disorders and Obesity* (pp. 159-164). N.Y.: The Guilford Press.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL - 90: Administration, scoring and procedures manual - I for the (revised) version*. John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit: Baltimore.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders. The Lancet*, 361 (1), 407-416.
- 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.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2: 15-34.
- Gonçalves, M. M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. & Gonçalves, O. F. (1999). Personalidade e construcionismo: Dos traços às narrativas. *Psicologica*, 22: 123-135.
- Gonçalves, O. F. (1995). Hermeneutics, constructivism, and cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. In A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.). *Constructivism in psychotherapy*, pp. 195-230. Washington: American Psychological Association.
- Gonçalves, O. F. (1996). Cognição, narrativa e psicoterapia. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1 (2): 255-264.
- Gonçalves, O. F. (1997). Narrativa y psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 56 : 73:89.
- Gonçalves, O. F. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de terapia breve*. Brasil, SP: Editorial Psy.
- Gonçalves, O. F. (1999). *Introdução às psicoterapias comportamentais*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver Narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F., Maia, A., Alves, A. F., Soares, I. C., Duarte, Z. T. & Henriques, M. (1996). Narrativas protótipo e psicopatologia. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1 (2): 307-317.

- Gonçalves, O. F., Korman, Y. & Angus, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*, pp. 265-284. Washington: American Psychological Association.
- Gonçalves, O. F. & Henriques, M. R. (2000). *Manual de avaliação do conteúdo e multiplicidade narrativa*. Braga: Universidade do Minho.
- Guidano, V. F. (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. F. (1995). Constructivist psychotherapy: A theoretical framework. In A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*, pp. 93-110. Washington: American Psychological Association.
- Henriques, M. R., Gonçalves, O. F., Machado, B. C., Maia, A., Teixeira, Z., Ribeiro Alves, A., Soares, I. C., Santos, M. J. & Soares, L. (2003, Outubro). *Comunicação apresentada ao V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Lisboa, Portugal.
- Henriques, M. R., Machado, B. C. & Gonçalves, O. F. (2002). Anorexia nervosa: A validação divergente de uma narrativa protótipo. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 2 (1): 91-109.
- Machado, P. P. & Machado, B. C. (2000). O tratamento cognitivo-comportamental das perturbações do comportamento alimentar. *Revista de Psicologia da Universidade Lusófona*.
- Rosen, H. (1996). Meaning-making narratives: Foundations for constructivist and social constructionist psychotherapies. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning making perspectives for psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Russel, G. F. M. (2003, October). Limitations in the classifications of eating disorders: The gulf between the clinician and the researcher. *Paper presented at the annual meeting of the Eating Disorders Research Society*, Ravello, Italy.
- Soares, I. C. (1993). Narrativas protótipo na anorexia nervosa - estudo exploratório para a compreensão da organização do conhecimento na anorexia nervosa. *Tese de Mestrado*, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Steinhausen, H. C. (1995). The course and outcome of anorexia nervosa. In K. D. Browell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, pp. 234-237. N.Y.: The Guilford Press.
- Sullivan, P. F. (2002). Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook, second edition* (pp. 226-232). N.Y.: The Guilford Press.

Autores:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Bárbara C. Machado ¹ | ¹ Mestre em Psicologia Clínica, Universidade do Minho |
| Óscar F. Gonçalves ² | ² Professor Catedrático, Universidade do Minho |
| Paulo P. P. Machado ³ | ³ Professor Associado com Agregação, Universidade do Minho |
| Margarida R. Henriques ⁴ | ⁴ Professora Auxiliar, Universidade do Porto |
| Isabel Brandão ⁵ | ⁵ Médica Psiquiatra do Hospital de São João, Porto |
| António Roma-Torres ⁶ | ⁶ Médico Psiquiatra do Hospital de São João, Porto |

Contactos:

Universidade do Minho
Departamento de Psicologia
Campus de Gualtar
4710-057 BRAGA
PORTUGAL
Tel: +351-253-604240
Fax: +351-253-678987
E-mail: bfmachado@iep.uminho.pt