

## **Anorexia nervosa: A validação divergente de uma narrativa protótipo**

Margarida Rangel Henriques<sup>1</sup> (*Universidade do Porto, Portugal*),  
Bárbara Cesar Machado (*Universidade do Minho, Portugal*) &  
Óscar F. Gonçalves (*Universidade do Minho, Portugal*)

(Recibido 30 octubre 2001 / Received 30 October 2001)  
(Aceptado 5 diciembre 2001 / Accepted 5 December 2001)

**RESUMO.** O presente estudo vem dar continuidade a um outro no qual foi construída a narrativa protótipo da anorexia e analisada a sua validade convergente (grau de verosimilhança). Neste sentido, nele emergem três objectivos centrais: analisar a validade divergente (grau de discriminação) da narrativa protótipo da anorexia, explorar aspectos da história dos sujeitos que possam estar associados a uma diferença de intensidade na identificação com a narrativa da anorexia e proceder a um estudo exploratório do poder preditivo de algumas das variáveis descritivas da amostra em relação á identificação com a narrativa protótipo da anorexia. A amostra foi constituída por 38 sujeitos com diagnóstico de anorexia nervosa de acordo com os critérios do DSM IV. Os resultados não confirmam a validação divergente da narrativa protótipo da anorexia, colocando em causa a hipótese da sua prototípia. Contudo, nos três subgrupos da amostra relativos à duração da perturbação superior a 2,5 anos, à pontuação total no EDI e à subescala Medos da Maturidade acima do ponto de corte, os sujeitos identificaram-se significativamente mais com a narrativa protótipo da anorexia do que com as da toxicodependência e da agorafobia. A “duração da perturbação há mais de 2,5 anos” revelou-se preditiva da identificação com a narrativa protótipo da anorexia.

**PALAVRAS CHAVE.** Narrativas. Psicopatologia. Narrativa protótipo. Anorexia. Validação divergente.

<sup>1</sup> Correspondência: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. R. Campo Alegre 1055. 4200 Porto (Portugal). E-Mail: [mrangel.henriques@netc.pt](mailto:mrangel.henriques@netc.pt)

**ABSTRACT.** The present article follows another study on the construction and convergent validity (degree of similitude) of anorectic prototype narrative. Three principal goals were present in this study: to analyze the divergent validity (degree of discrimination) of the anorectic prototype narrative; to explore some aspects of the participants' history that may be associated with differences in patients' identification with the anorectic prototype narrative; and, finally, to study the predictive power of some of the sample descriptive variables. Thirty eight patients with anorexia nervosa (DSM-IV) participated in this study. The results didn't confirm the prototype hypothesis, despite the fact that the anorectic prototype narrative has achieved the first place in the identification order, followed by the prototypes narrative of depression, alcoholism, agoraphobia and drug abuse. The differences among the various narratives were nonsignificant. Some sample sub-groups were significantly differentiated in terms of some descriptive variables: duration of the illness superior to 2,5 years, EDI total and Maturity Fears subscale superior to cut of point. Participants of these sub-groups identified themselves significantly more with the anorectic prototype narrative, when compared with the opioide dependent narrative and agoraphobia narrative. The factor duration of the illness superior to 2,5 years was found to be predictive of the participants identification with the anorectic prototype narrative.

**KEY WORDS.** Narratives. Psychopathology. Prototype narrative. Anorexia. Divergent validity.

**RESUMEN.** Este estudio es la continuación de otro en el que se elaboró una narrativa prototipo de la anorexia y se analizó su validez convergente (grado de verosimilitud). Se plantean tres objetivos: analizar la validez divergente (grado de discriminación) de la narrativa prototipo de la anorexia, explorar aspectos de la historia de los sujetos que puedan estar asociados a una diferencia de intensidad en la identificación con la narrativa de la anorexia y, por último, realizar un estudio exploratorio del poder predictivo de algunas de las variables descriptivas de la muestra en relación a la identificación con la narrativa prototipo de la anorexia. La muestra está formada por 38 sujetos con diagnóstico de anorexia nerviosa según los criterios del DSM-IV. Los resultados no confirman la validación divergente de la narrativa prototipo de la anorexia, poniendo en duda la hipótesis de su veracidad. No obstante, en los tres subgrupos de la muestra relacionados a la duración del trastorno superior a 2,5 años, la puntuación total del EDI y la subescala de Miedo a la Madurez encima del punto de corte, los sujetos se identifican más con la narrativa prototipo de la anorexia que con la de la toxicoddependencia y la de la agorafobia. La duración de la perturbación de más de 2,5 años se revela como variable predictiva de la identificación con la narrativa prototipo de la anorexia.

**PALABRAS CLAVE.** Narrativas. Psicopatología. Narrativa prototipo. Anorexia. Validez divergente.

### Introdução

A concepção da psicopatologia como ciência da significação pessoal não é recente, antes tem uma longa tradição na psiquiatria fenomenológica (Bolton & Hill, 1996;

Gonçalves *et al.*, 1996; Pio-Abreu, 1994), vindo a conquistar, no domínio da psicologia, um lugar de destaque como principal paradigma emergente dos nossos dias, através das abordagens narrativas (c.f., Gonçalves, 1989; Mahoney, 1995). Segundo os defensores deste novo posicionamento, as classificações nosológicas em psicopatologia passam a ser concebidas em termos metafóricos e como formas condensadas de organização de significados, indissociáveis de uma contextualização conversacional e sociocultural (Gonçalves *et al.*, 1996). Deste modo “falar de agorafobia, depressão ou esquizofrenia é antes de tudo, falar de configurações prototípicas de organização de significado” (Gonçalves *et al.*, 1996, p. 308) que ressaltam da produção discursiva. O sistema de significação organiza-se através da própria construção linguística e narrativa do indivíduo. A narrativa surge como o elemento organização central da experiência, caracterizando-se pela construção de uma organização aberta, capaz de sintetizar uma multiplicidade de significados e potenciar uma multiplicidade de experiências (Gonçalves, 2000). Nas situações psicopatológicas assiste-se uma rigidez narrativa que se traduz numa espécie de fracasso na expansão de significados contidos nas narrativas de cada indivíduo que correspondem a histórias de vida que não são férteis na produção e expansão de significados e experiências (Howard, 1991). Assim, a psicopatologia emerge como incapacidade para uma visão multifacetada da experiência e caracteriza-se pela existência de protótipos narrativos específicos que correspondem a um conjunto de invariantes temáticos limitativos da experiência (Gonçalves *et al.*, 1996; Gonçalves, 1998, 2000). Assim, diferentes tipos de psicopatologia, como sistemas específicos de significação, poderão ser vistos como correspondendo a diferentes protótipos narrativos que, neste caso, são sinónimo de uma autoria narrativa inflexível, de uma identidade fechada, que dissocia ou restringe todas as experiências que não se enquadrem no molde prototípico (Gonçalves *et al.*, 1996).

Este estudo surge na sequência de um conjunto de investigações anteriores que visaram a construção e validação de narrativas protótipo nos seguintes tipos de psicopatologia: depressão (Maia, 1998), agorafobia (Henriques, 2000), toxicodependência (Alves, 1993), alcoolismo (Duarte, 1993) e anorexia (Soares, 1993). As narrativas protótipo emergiram de um processo de *grounded theory*, encontrando-se sistematizado no Quadro 1, para cada uma das cinco perturbações emocionais referidas, as categorias hierárquicas que estiveram na base da construção da narrativa final, de acordo com as sete dimensões da gramática narrativa considerada<sup>2</sup>.

Atendendo aos resultados promissores obtidos na investigação desenvolvida por Soares (1993), através da qual foi construída a narrativa protótipo da anorexia e confirmada a sua validade convergente<sup>3</sup>, indicando que os sujeitos com anorexia nervosa

<sup>2</sup> Mandler (1984), considera que a consistência do significado da realidade experiencial obedece a uma gramática narrativa que organiza a experiência em sete categorias: 1) contexto; 2) acontecimento precipitante; 3) resposta interna; 4) objectivo; 5) acções; 6) resultado; e 7) finalização.

<sup>3</sup> O cálculo da validade convergente da narrativa protótipo da anorexia seguiu o procedimento proposto por Howard, Maerlender, Myers e Curtin (1992) e consiste em confrontar os sujeitos com a respectiva narrativa protótipo (neste caso, narrativa protótipo da anorexia) e solicitar que avaliem, numa escala de tipo *Likert*, em que medida aquela narrativa poderia ser vista como um acontecimento plausível da sua vida pessoal.

avaliaram a narrativa protótipo da anorexia como significativamente mais relacionada com as suas vidas, do que os sujeitos do grupo controlo, sem diagnóstico psicopatológico, surge a necessidade ampliar os resultados da validação, agora através do cálculo da sua validade divergente (Howard *et al.*, 1992). Este procedimento permite comparar o grau de identificação dos sujeitos com cada uma das cinco narrativas protótipo disponíveis (i.e., agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicod dependência e anorexia), averiguando a existência de uma identificação discriminada com a narrativa protótipo da anorexia.

**QUADRO 1.** Categorias hierárquicas da narrativa protótipo da anorexia, da depressão, do alcoolismo, da agorafobia e da toxicod dependência.

| Narrativa Protótipo | Contexto                  | Dimensões das Narrativas                |   |  |   |  |  |
|---------------------|---------------------------|---|---|--|---|--|--|
|                     |                           | Acontecimento precipitante              | Respostas internas  | Objectivo                                | Ações   | Resultado  | Finalização  |
| Anorexia            | Casa & Escola             | Contrariedade e Confronto com os outros | Tristeza<br>Ansiedade<br>Desencanto<br>Ira  | Afirmar<br>Vontade                       | Choro &<br>Oposição<br>Afirmação                              | Fracasso   | Nova face da vida &<br>Recusa<br>Aceitação                     |
| Depressão           | Espaço interior & casa    | Perda/<br>Decepção                      | Incredulidade<br>Tristeza &<br>Raiva  | Compreender & Aceitar a situação         | Paralisia<br>Isolamento &<br>Choro                            | Prostração &<br>Abandono                                     | Fragilidade  |
| Alcoolismo          | Íntimo                    | Perda                                   | Tristeza &<br>Tensão  | Ultrapassar rapidamente a situação       | Fuga &<br>Choro   | Isolamento   | Viragem &<br>Queda   |
| Agorafobia          | Deslocações Hospital-casa | Separação<br>Desejo-Risco               | Medo<br>Aflição-<br>Choque<br>Insegurança<br>Ansiedade<br>Perda<br>controlo<br>Abandono<br>Tristeza-<br>Desespero<br>Ofensa<br>Revolta<br>Afirmação pessoal | Garantir segurança & Vencer desafio      | Evitamento<br>Tensão-<br>Choro &<br>Desafio<br>Busca de apoio | Insucesso<br>Angústia &<br>Fregresso,<br>Acalmia, Felicidade | Tomar consciência da desgraça &<br>Sentimento auto-competência |
| Toxico-dependência  | Local Público             | Situação incontrolável                  | Sofrimento<br>Dor &<br>Prazer<br>Alívio   | Procura<br>Prazer &<br>Evitamento<br>Dor | Controlo externo &<br>Não confronto                           | Status-quo   | Perda social & Perda poder pessoal                             |

Assim, o presente estudo tem como objectivo explorar a validação divergente da narrativa protótipo da anorexia, colocando-se a hipótese de que os sujeitos com anorexia identificar-se-ão significativamente mais com a narrativa protótipo da anorexia, do que com as narrativas protótipo construídas para as outras quatro psicopatologias: a depressão, o alcoolismo, a agorafobia e a toxicod dependência. Um segundo objectivo é de explorar aspectos da história dos sujeitos que possam estar associados a uma diferença de intensidade na identificação com a narrativa da anorexia, nomeadamente: (1) características socio-demográficas; (2) aspectos específicos do diagnóstico e da

história de evolução da perturbação; (3) psicopatologia, mal-estar psicológico e sintomas específicos das perturbações do comportamento alimentar. Como terceiro e último objectivo, propusemo-nos proceder a um estudo exploratório do poder preditivo de algumas das variáveis descritivas da amostra, no sentido variáveis potencialmente explicativas dos resultados da identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo da anorexia.

## Método

### *Participantes*

Participaram no estudo 38 utentes de consultas destinadas a perturbações alimentares do Hospital de São João do Porto e do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho. Do total de participantes, 36 eram do sexo feminino (94.7%) e 2 do sexo masculino (5.3%). As idades estavam compreendidas entre os 13 e os 33 anos ( $M = 20.34$ ,  $DP = 5.24$ ). A maioria dos pacientes ( $n = 34$ ; 89.5%) era solteiro e os restantes 4 (10.5%) casados. No que respeita ao seu nível sócio-económico, a generalidade pertencia ao nível médio-superior ( $n=19$ ; 50%), seguindo-se o nível superior ( $n=11$ ; 28.9%), médio ( $n=7$ ; 18.4%) e inferior ( $n=1$ ; 2.6%). Quanto ao estatuto profissional, a maioria eram estudantes ( $n=27$ ; 71.1%), dependendo economicamente dos pais, 5 trabalhadores (13.1%), 4 desempregados (10.5%) e 2 em situação de baixa médica (5.3%). Os critérios de inclusão incluíam a existência de diagnóstico de perturbação alimentar de anorexia nervosa, segundo os critérios do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), sendo critério de exclusão a presença de comorbilidade com outras perturbações do eixo I ou II. Cada um dos participantes concedeu por escrito o consentimento para participar nesta investigação.

### *Instrumentos*

Para a recolha de informação foi preparado um *Questionário de Diagnóstico Clínico*, a ser preenchido pelo clínico responsável pelo caso, destinado a clarificar o diagnóstico completo dos participantes e facultar informação relativa à fase de terapia (inicial, intermédia ou final) em que se encontram. Dele também fazem parte questões relativas à presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva e à utilização de métodos compensatórios<sup>4</sup> (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”; “2 a 3 vezes por semana”; “4 vezes por semana ou diariamente”; “mais de uma vez por dia”).

Para os participantes, foi construído um questionário sobre aspectos biográficos (sexo, idade, nacionalidade, estado civil, profissão, habilitações literárias, anos de evolução da perturbação do comportamento alimentar (anorexia), tempo de terapia e número de internamentos) e demográficos, passíveis de permitir a determinação do nível sócio-económico através da classificação proposta por Graffar em 1956.

<sup>4</sup> Estes comportamentos são definidos de acordo com as características exigidas pelo DSM IV.

Para a avaliação da sintomatologia e mal-estar psicológico, bem como de comportamentos e atitudes relacionadas com a alimentação em populações normais, sintomatologia bulímica e anoréctica e características pessoais normalmente associadas à psicopatologia alimentar, utilizaram-se dois questionários de auto-relato, respectivamente, o *Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R)* de Derogatis (1977) e o *Eating Disorders Inventory (EDI)* de Garner, Olmsted e Polivy (1983). O SCL é composto por 90 itens que são avaliados numa escala tipo *likert* de cinco pontos que se referem a diferentes níveis de mal-estar. Contempla 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). Esta medida tem sido usada no estudo de variadíssimas perturbações psiquiátricas, incluindo as perturbações do comportamento alimentar (e.g., Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001; Machado, Gonçalves, Machado, Santos & Santos, 2001; Buddeberg, Bernet, Schmid & Buddeberg, 1997). O EDI é constituído por 64 itens e os sujeitos respondem a um formato de escolha forçada de 6 opções, determinando até que ponto cada item se aplica ao seu caso. Apresenta 8 subescalas (Impulso para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação corporal, Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoceptiva e Medos da Maturidade) as quais são obtidas somando as cotações dos itens respectivos. A versão portuguesa desta medida demonstrou ter características psicométricas ajustadas (c.f., Machado *et al.*, 2001).

Finalmente, para avaliação da validade divergente foi utilizado o *Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo (QHNP)* de Gonçalves e Henriques (2000), o qual solicita uma avaliação comparativa da identificação do sujeito com cinco narrativas protótipo (da depressão, da agorafobia, da anorexia, da toxicod dependência e do alcoolismo). A tarefa do sujeito consiste em ordenar as identificações, através de uma hierarquia em que 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. Assim, através de uma escolha forçada, os cinco lugares da escala de identificação terão que ser preenchidos, não podendo colocar-se mais do que uma narrativa com o mesmo grau de identificação. A ordem de apresentação das cinco narrativas foi balanceada (120 arranjos), variando em todos os participantes.

#### *Procedimento*

A recolha dos dados foi efectuada em contextos clínicos. Os psiquiatras e psicólogos das duas instituições seleccionavam os casos que cumpriam os critérios propostos pelos DSM IV para o diagnóstico de anorexia nervosa, referindo-os para o investigador com o respectivo *Questionário de Diagnóstico Clínico* preenchido. A recolha dos dados foi assegurada pela segunda autora do estudo que contactava os participantes, pessoalmente, em ambas as instituições referidas, nos dias em que tinham consultas. Aquando da entrevista individual com cada participante, começava por ser solicitado o seu consentimento escrito de colaboração na investigação, sendo depois aplicados os instrumentos de acordo com a seguinte sequência: 1º - Questionário de Dados Demográficos; 2º - Questionário sobre aspectos referentes ao Graffar; 3º - a investigadora apresentava

o Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo, lia as respectivas instruções e, quando solicitada pelos participantes, lia as próprias narrativas; 4º - EDI; 5º - SCL 90-R.

## Resultados

### *Resultados descritivos da amostra a nível da sintomatologia e história clínica*

De acordo com o DSM-IV, dos 38 participantes com o diagnóstico de anorexia nervosa, 23 (60.5%) eram do tipo restritivo, e 15 do tipo purgativo (39.5%); 10 (26.3%) apresentavam, no momento de avaliação, um índice de massa corporal (IMC) correspondente ao peso abaixo do normal (i.e., < 18.5) e 28 (73.7%) apresentavam um IMC correspondente a magreza extrema (i.e., < 17.5), traduzindo-se estes valores num IMC médio de 16.25 ( $DP = 1.72$ ).

Dos 15 participantes de tipo purgativo, 11 tinham episódios de ingestão alimentar compulsiva, recorrendo todos eles a métodos compensatórios, na sua maioria ( $n=9$ ) cobinando mais do que um método purgativo, sendo que quatro dos participantes pertenciam ao tipo purgativo apenas pela utilização destes métodos. Quanto ao tipo de métodos compensatórios utilizados verifica-se que a grande maioria dos participantes ( $n=34$ ; 89.5%) recorria à dieta como forma de perder peso, 15 praticando exercício excessivo, 11 usavam o vômito auto-induzido e 7 aplicavam laxantes.

No que refere ao número de anos de evolução do quadro de anorexia nervosa constata-se que a média correspondia a 3.11 ( $DP = 3.56$ ). Relativamente a internamentos provocados pela inanição e emaciação verifica-se que 20 (52.6%) participantes nunca tinham sido internados e os restantes 18 (47.3%) haviam-no sido uma ou mais vezes. No momento da avaliação, 7 (18.4%) dos participantes recebiam a primeira consulta, 17 (44.7%) estavam em terapia há meio ano e os restantes 14 (36.9%) tinham terapia há mais de um ano. A maioria ( $n=24$ ; 63.2%) situava-se numa fase intermédia de tratamento e 14 (36.8%) numa fase inicial. Nenhum dos casos apresentava comorbilidade com perturbações do eixo I ou eixo II.

Os resultados respeitantes à sintomatologia psicológica ou mal-estar psicológico geral, obtidos através do SCL 90-R, e os resultados relativos à sintomatologia específica das perturbações do comportamento alimentar, obtidos através do EDI, são apresentados através das medidas de tendência central e de dispersão das escalas que constituem os instrumentos mencionados e as quais se podem observar nos Quadros 2 e 3, respectivamente.

A leitura dos resultados do SCL 90-R revela que as escalas da sensibilidade interpessoal, depressão e obsessão-compulsão são aquelas que apresentam, em média, valores superiores. No EDI, observa-se que as subescalas com valores médios superiores correspondem à insatisfação corporal, seguida do impulso para emagrecer e da ineficácia, situando-se as restantes com valores bastantes inferiores.

**QUADRO 2.** Médias e desvios padrão das pontuações nas escalas e índice de gravidade geral do SCL 90-R.

| Escalas e índice de Gravidade Geral do SCL 90-R |       |       |       |      |       |       |       |       |      |       |
|---|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
|   | S     | OC    | SI    | D    | A     | H     | AF    | IP    | P    | GSI   |
| M   | 1.59  | 1.89  | 2.04  | 1.96 | 1.82  | 1.48  | 1.06  | 1.80  | 1.53 | 1.75  |
| (DP)  | (.77) | (.74) | (.99) | (.8) | (.84) | (.85) | (.72) | (.96) | (.8) | (.69) |

Nota: As iniciais “S”, “OC”, “SI”, “D”, “A”, “H”, “AF”, “IP”, “P” e “GSI” referem-se, respectivamente, às escalas de Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e Índice de Gravidade Geral.

**QUADRO 3.** Médias e desvios padrão das pontuações nas subescalas e resultado total do EDI.

| Subescalas e Resultado Total do EDI |        |        |        |       |       |        |        |        |         |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|---------|
|                                     | IE     | B      | IC     | I     | P     | DI     | CI     | MM     | RT      |
| M                                   | 12.99  | 2.41   | 14.43  | 12.35 | 8.27  | 7.19   | 9.89   | 7.57   | 75.09   |
| (DP)                                | (8.36) | (3.12) | (8.17) | (7.8) | (4.6) | (4.35) | (5.92) | (5.51) | (33.86) |

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

*Resultados da validação divergente: Identificação da amostra global com cada uma das cinco narrativas protótipo*

O QHNP permitiu aos sujeitos avaliar a relação de cada uma das cinco narrativas consigo próprios, ordenando-as em função do grau de identificação. Os resultados, designados por *resultados de ordenação*, foram codificados de forma a atribuir ao primeiro lugar o valor cinco, ao segundo o valor quatro, e assim sucessivamente, assumindo que níveis da escala superiores correspondem a uma maior relação da narrativa com o sujeito. Considerando que a nossa hipótese supõe que os sujeitos com anorexia irão manifestar um maior grau de relação com a narrativa protótipo da anorexia do que com as narrativas protótipo relativas às outras psicopatologias (i.e., da depressão, do alcoolismo, da agorafobia e da toxicod dependência), os resultados serão estudados atendendo a dois níveis de análise: leitura das frequências e comparação entre as ordens médias de identificação com cada uma das perturbações.

A leitura do Quadro 4 permite verificar, quanto à identificação com a narrativa protótipo da anorexia, que a moda e o *P75* é cinco, sendo que 12 (31.6%) dos participantes elegem a anorexia como a narrativa com que mais se identificaram de entre as cinco apresentadas. Apesar de o valor máximo ser cinco para todas as narrativas protótipo, sugerindo que há sempre alguém que as selecciona como as de maior relação consigo próprio, a narrativa da anorexia é aquela em que esse lugar é atribuído por um maior número de sujeitos. O valor da mediana também é ligeiramente superior ao obtido na



**QUADRO 4.** Medidas descritivas dos *resultados da ordenação* (1 – menor identificação, a 5 – máxima identificação) com as cinco narrativas protótipo (NP).

| Resultados da Ordenação | Mínimo | Máximo | Moda | Mediana | Percentis |      |
|-------------------------|--------|--------|------|---------|-----------|------|
|                         |        |        |      |         | P25       | P75  |
| NP Anorexia             | 1      | 5      | 5    | 3.50    | 2.00      | 5.00 |
| NP Depressão            | 2      | 5      | 3    | 3.00    | 2.00      | 4.00 |
| NP Alcoolismo           | 1      | 5      | 4    | 3.00    | 2.00      | 4.00 |
| NP Agorafobia           | 1      | 5      | 1    | 3.00    | 1.75      | 4.25 |
| NP Toxicodependência    | 1      | 5      | 1    | 2.00    | 1.00      | 4.00 |

identificação com as restantes narrativas, seguido da identificação com as narrativas do alcoolismo, da depressão e da agorafobia. A narrativa protótipo da toxicodependência é a que se diferencia mais das restantes, mostrando os valores da moda, mediana e P25 que corresponde àquela com que a maioria dos sujeitos menos se identifica.

Com o objectivo de averiguar se as diferenças entre o grau de relação dos participantes com as diversas narrativas eram estatisticamente significativas, foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman (para mais de duas amostras relacionadas), computado através do programa SPSS (versão 10.0). A distribuição das ordens médias de identificação do conjunto dos participantes encontra-se no Quadro 5 a seguir apresentado.

**QUADRO 5.** Ordens médias de identificação com as narrativas protótipo e  $X^2$  de Friedman para os resultados da ordenação.

| Narrativas Protótipo | Ordem Média das Ordenações                        |
|----------------------|---|
| NP Anorexia          | 3.28  |
| NP Depressão         | 3.26  |
| NP Alcoolismo        | 3.17  |
| NP Agorafobia        | 2.89  |
| NP Toxicodependência | 2.39  |
|                      | $\overline{X^2}(4 \text{ g.l.}) = 8.40, p = 0.78$ |

Apesar da leitura dos resultados da ordenação indicarem, tal como se previa, que a narrativa protótipo da anorexia atinge, em média, o nível de ordem mais elevado (3.28), seguindo-se as narrativas da depressão (3.26), do alcoolismo (3.17), da agorafobia (2.89) e da toxicodependência (2.39), verifica-se que as ordens médias envolvidas no conjunto das distribuições não diferem estatisticamente entre si ( $X^2(4 \text{ g.l.}) = 8.40, p = .078$ ), não sugerindo por conseguinte identificações diferenciadas com as diversas narrativas.

*Validação divergente de subgrupos definidos com base em variáveis descritivas da amostra*

Com o objectivo de aprofundar o conhecimento sobre os resultados da identificação e atendendo à possibilidade de se diferenciarem subgrupos da amostra com determinadas características passíveis de terem condicionado as escolhas que se fizeram ao nível

das identificações, foi estudada a hipótese de se encontrarem determinadas variáveis descritivas inerentes a determinados padrões de identificação com as narrativas.

Desta forma, foram realizadas um conjunto de análises da validação divergente efectuada por subgrupos de participantes, definidos com base em variáveis demográficas, de diagnóstico, da história do problema, da psicopatologia e sintomas das perturbações do comportamento alimentar, consideradas, à partida, sugestivas de uma eventual influência nos resultados da identificação. Para averiguar a existência de diferenças significativas entre a ordem média de identificação com as diversas narrativas, foi utilizado, para cada subamostra, um procedimento idêntico ao da amostra global, que consistiu na aplicação do teste de Friedman, a par da aplicação da fórmula de comparações múltiplas proposta por Silva (1994), para os resultados que se revelassem significativos pela aplicação do primeiro teste e de modo a especificar entre que pares de narrativas existiam diferenças significativas<sup>5</sup>. Aquela fórmula destinava-se a comparar amostras duas a duas, quando foi refutada a hipótese nula no teste de Friedman, considerando que dois resultados seriam significativamente diferentes do ponto de vista estatístico, quando as diferenças entre as somas das suas ordens fosse superior ao resultado da fórmula das comparações múltiplas. Seleccionamos para apresentação apenas os resultados dos subgrupos que se revelaram estatisticamente significativos em relação à validação divergente da narrativa protótipo da anorexia, incluindo para cada um a seguinte informação: (1) as narrativas protótipo das perturbações, por ordem decrescente do valor da sua ordem média; (2) à frente de cada narrativa protótipo, surge o somatório dos valores de ordem respectivos, seguido da diferença em relação ao somatório dos valores de ordem obtido pela narrativa protótipo da anorexia; (3) o resultado do  $X^2$  de Friedman e respectiva significância; (4) o resultado da fórmula de comparações múltiplas (FCM), com base no qual se poderá avaliar se a diferença entre os somatórios dos valores de ordem de duas narrativas (expresso no lado direito destes valores) é significativa, o que corresponde a assumir um valor superior ao resultado da FCM; (5) em itálico assinalamos a narrativa protótipo da anorexia, que ocupa, nesta investigação, um lugar central na análise; (6) em negro, colocamos as narrativas cuja diferença de identificação com a da anorexia é significativa.

A leitura dos resultados será focalizada nos resultados que dizem directamente respeito à narrativa protótipo da anorexia, em virtude da sua particular pertinência no contexto desta investigação.

Começou-se por explorar o efeito das habilitações literárias nas identificações e, para tal, a variável foi diferenciada em três grupos: ensino básico ( $\leq 9^\circ$  ano), secundário ( $\geq 10^\circ$  e  $\leq 12^\circ$  ano) e médio ou superior ( $>12^\circ$  ano). Em paralelo analisam-se também os subgrupos correspondentes aos diversos níveis sócio-económicos (NSE). Das duas variáveis destacam-se dois subgrupos com resultados significativos, os quais figuram no Quadro 6.

<sup>5</sup> Pela aplicação do teste de Friedman não é possível definir exactamente entre que pares de narrativas é que as diferenças das ordens médias são significativas, isto é, os resultados daquele teste indicam apenas que existe, pelo menos entre duas narrativas, uma diferença da ordem média que é estatisticamente significativa, mas não necessariamente que todas as diferenças de cada uma das narrativas com as restantes seja significativa.

**QUADRO 6.** Resultados da Validação Divergente separadamente por Habilitações Literárias e por Nível Sócio-Económico (NSE).

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| $\geq 10^{\circ}$ e $\leq 12^{\circ}$ ano<br>n = 6 | NSE Superior<br>n = 11           |
| NP Dep (24 / -2)                                   | NP Ano (42)                      |
| NP Ano (22)  | NP Alc (41 / 1)                  |
| NP Alc (21 / 1)                                    | NP Dep (35 / 7)                  |
| NP Ago (15 / 7)                                    | NP Ago (32 / 10)                 |
| NP Tox (8 / 14)                                    | NP Tox (19 / 23)                 |
| $\chi^2$ (4 g.l) = 11.33, p < .05                  | $\chi^2$ (4 g.l) = 13.1, p < .05 |
| FCM = 12.69  | FCM = 15.7                       |

Nota: As abreviaturas “Ano”, “Dep”, “Alc”, “Ago” e “Tox”, referem-se às perturbações de anorexia, depressão, alcoolismo, agorafobia e toxicod dependência, respectivamente.

Da leitura do Quadro 6 ressalta que a identificação com a narrativa protótipo da anorexia obtém uma diferença estatisticamente significativa em relação à narrativa da toxicod dependência, indicando que os participantes cujas habilitações literárias correspondem ao ensino secundário, bem como os que apresentam um NSE superior se identificam mais com a narrativa protótipo da anorexia do que com a da toxicod dependência.

Na contexto do estudo do papel dos comportamentos próprios da sintomatologia das perturbações do comportamento alimentar, procedeu-se à exploração dos métodos compensatórios como uma potencial variável discriminativa na obtenção de diferenças no padrão de identificação dos sujeitos com as diversas narrativas. A variável *métodos compensatórios* foi estudada em função de quatro comportamentos chave: vômito, laxantes, dieta, e exercício físico excessivo, todos eles medidos em função da sua frequência e grau de severidade que contempla cinco categorias que vão de *não existente a comportamento presente mais do que uma vez por dia*. Foram somente encontradas diferenças significativas quanto ao *exercício físico excessivo* e na categoria *não existente*, encontrando-se os resultados no Quadro 7 a seguir apresentado.

A análise do quadro permite concluir que, relacionado com o não envolvimento em exercício excessivo, como método compensatório para evitar o ganho ponderal, está a

**QUADRO 7.** Resultados da Validação Divergente de acordo com o Subgrupo em que Não Existe o Método Compensatório de Exercício Físico Excessivo.

|                      |   |
|----------------------|---|
| Narrativas Protótipo | Exercício Físico Excessivo: não existente<br>n = 23 |
| Anorexia             | 85  |
| Alcoolismo           | 78 / 7  |
| Agorafobia           | 71 / 14   |
| Depressão            | 70 / 15   |
| Toxicod dependência  | 45 / 40   |
|                      | $\chi^2$ (4 g.l) = 16.36, p < .05                   |
|                      | FCM = 23.12   |

identificação com a narrativa protótipo da anorexia tendencialmente superior a todas as outras, diferença estatisticamente significativa, quando comparada com a narrativa protótipo da toxicod dependência.

A variável relativa ao *número de anos de evolução do problema*, foi dividida em duas categorias, respectivamente, entre 1 a 2.5 anos e superior a 2.5 anos de evolução do quadro de anorexia. Apenas se verificaram diferenças significativas ao nível da segunda categoria (superior a 2.5), cujos resultados estão expostos no Quadro 8.

**QUADRO 8.** Resultados da Validação Divergente separadamente por Anos de Evolução do Problema.

| Narrativas Protótipo       | ≥ 2.5 anos<br>n = 14            |
|----------------------------|---------------------------------|
| <i>Anorexia</i>            | 55                              |
| <i>Alcoolismo</i>          | 49 / 6                          |
| <i>Depressão</i>           | 40 / 15                         |
| <i>Agorafobia</i>          | 35 / 20                         |
| <b>Toxicod dependência</b> | 31 / 24                         |
|                            | $\chi^2(4 g.I) = 11.2, p < .05$ |
|                            | FCM = 18.62                     |

A leitura do quadro permite constatar que a identificação com a narrativa protótipo da anorexia, por parte dos participantes com um quadro de anorexia com existência superior a dois anos e meio, é superior em relação a todas as outras, com diferenças significativas em relação às identificações com as narrativas da toxicod dependência e da agorafobia.

Os resultados do EDI foram também utilizadas para a definição de subamostras relativas à sintomatologia específica das perturbações do comportamento alimentar. Para operacionalizar estes resultados, com vista a explorar eventuais efeitos daquela sintomatologia na identificação com a narrativa protótipo da anorexia, foram utilizados os pontos de corte do EDI total e respectivas subescalas, estabelecidos através do estudo de S. Gonçalves (1998). Assim, passou-se a utilizar a variável *abaixo do ponto de corte* e *acima do ponto de corte* (a qual equivale à população clínica). Os resultados da validação divergentes para os dois subgrupos associados aos valores do EDI total encontram-se no Quadro 9, a seguir exposto.

Como se pode observar através do Quadro 9, os resultados obtidos no EDI total, em função do ponto de corte, ilustram que, quando estes se situam abaixo (resultado que, de acordo com a literatura, caracteriza as pontuações obtidas pelos sujeitos da população normal), a narrativa protótipo da anorexia é colocada em quarto lugar e, quando os resultados se situam acima do ponto de corte, aquela narrativa é colocada em primeiro lugar e apresenta diferenças estatisticamente significativas com a narrativa protótipo da toxicod dependência e da agorafobia. Assim, os participantes cuja pontuação total no EDI é igual ou está acima dos valores definidos como susceptíveis de caracterizarem uma população clínica do ponto de vista da sintomatologia das perturbações

**QUADRO 9.** Resultados da Validação Divergente no factor total do EDI.

| Abaixo do ponto de corte<br>n = 8       | Acima do ponto de corte<br>n = 29        |
|---|--|
| NP Ago (35 / -16)                       | NP Ano (101)                             |
| NP Alc (28 / -9)                        | NP Dep (100 / 1)                         |
| NP Dep (22 / -3)                        | NP Alc (88 / 13)                         |
| NP Ano (19)                             | NP Tox (74 / 27)                         |
| NP Tox (16 / 3)                         | NP Ago (72 / 29)                         |
| $\chi^2(4 \text{ g.I}) = 11.5, p < .05$ | $\chi^2(4 \text{ g.I}) = 10.48, p < .05$ |
| FCM = 14.34                             | FCM = 26.63                              |

Nota: As abreviaturas “Ano”, “Dep”, “Alc”, “Ago” e “Tox”, referem-se às perturbações de anorexia, depressão, alcoolismo, agorafobia e toxicodpendência, respectivamente.

do comportamento alimentar, identificam-se significativamente mais com a narrativa protótipo da anorexia do que com a da toxicodpendência e da agorafobia.

Passando às subescalas do EDI, a análise dos resultados obtidos nas três subescalas que, segundo Garner *et al.* (1983), são capazes de avaliar a sintomatologia cognitivo-comportamental específica das perturbações do comportamento alimentar (i.e., *Impulso para emagrecer*, *Bulimia* e *Insatisfação corporal*), verifica-se que apenas se encontram resultados significativos na subescala *Bulimia*. Os resultados respectivos, bem como os obtidos para as restantes subescalas com diferenças significativas constam do Quadro 10 a seguir apresentado.

**QUADRO 10.** Resultados da Validação Divergente nos factores Bulimia, Ineficácia, Perfeccionismo e Medos da maturidade do EDI.

| Bulimia<br>Acima do ponto de corte<br>n = 14 | Ineficácia<br>Acima do ponto de corte<br>n = 20 | Perfeccionismo<br>Abaixo do ponto de<br>corte<br>n = 14 | Medos da maturidade<br>Acima do ponto de corte<br>n = 21 |
|--|---|---|--|
| NP Ano (51)                                  | NP Dep (75 / -5)                                | NP Dep (42 / -3)  | NP Ano (74)  |
| NP Dep (50 / 1)                              | NP Ano (70)                                     | NP Alc (41 / -2)  | NP Dep = Alc (71 / 3)                                    |
| NP Alc (45 / 6)                              | NP Alc (66 / 4)                                 | NP Ano (39)   | NP Dep = Alc (71 / 3)                                    |
| NP Tox (34 / 17)                             | NP Ago (46 / 24)                                | NP Ago (38 / 1)   | NP Tox (50 / 24)   |
| NP Ago (30 / 21)                             | NP Tox (43 / 27)                                | NP Tox (20 / 19)  | NP Ago (49 / 25)   |
| $\chi^2(4 \text{ g.I}) = 10.34, p < .05$     | $\chi^2(4 \text{ g.I}) = 11.7, p < .05$         | $\chi^2(4 \text{ g.I}) = 11, p < .05$                   | $\chi^2(4 \text{ g.I}) = 11.7, p < .05$                  |
| FCM = 18.68                                  | FCM = 21.95                                     | FCM = 17.41   | FCM = 22.82  |

Nota: As abreviaturas “Ano”, “Dep”, “Alc”, “Ago” e “Tox”, referem-se às perturbações de anorexia, depressão, alcoolismo, agorafobia e toxicodpendência, respectivamente.

Pela leitura do Quadro 10 verificamos que os participantes com valores acima do ponto de corte na subescala *Bulimia* se identificam significativamente mais com a narrativa protótipo da anorexia, do que com a da agorafobia. Também aqueles que obtiveram valores acima do ponto de corte nas subescalas de *Ineficácia* e *Medos da*

*maturidade*, manifestaram uma identificação significativamente superior com a narrativa protótipo da anorexia, do que com as da agorafobia e da toxicodependência. Já nos resultados obtidos a nível da subescala *Perfeccionismo*, destaca-se o subgrupo com valores *abaixo do ponto de corte*, em que a identificação com a narrativa protótipo da anorexia se situa apenas em terceiro lugar, com uma superioridade significativa em relação à narrativa protótipo da toxicodependência.

#### *Resultados da análise de regressão múltipla*

Uma vez finalizada a análise dos resultados obtidos ao nível da validação divergente dos diversos subgrupos de participantes, importava avaliar se alguma destas variáveis poderiam prever os resultados de identificação dos participantes com a narrativa protótipo da anorexia. Para este efeito, procedeu-se à aplicação de uma análise de regressão múltipla, definindo como variável dependente o resultado da ordenação quanto à narrativa protótipo da anorexia e, como preditores, grupos de variáveis demográficas, de diagnóstico, da história do problema e da psicopatologia e dos sintomas das perturbações do comportamento alimentar. Em virtude de se tratar de um estudo exploratório do poder preditivo destas variáveis, foi utilizada a análise de regressão múltipla segundo o método *stepwise* (Howell, 1992), o qual não supõe uma ordem previamente estabelecida pela qual sejam consideradas as variáveis predictoras. Os resultados da análise de regressão múltipla efectuada encontram-se no Quadro 11 a seguir apresentado.

**QUADRO 11.** Análise de regressão múltipla para predição da ordem atribuída à identificação com a narrativa protótipo da anorexia.

| Predictores                  | $r^2$ | $\beta$ | $t$    | Modelo Final       |
|------------------------------|-------|---------|--------|--------------------|
| Anos de Evolução do Problema | .13   | -.35    | -2.23* | $F(1,35) = 4.99^*$ |

\* $p < .05$

A análise do quadro permite verificar que o modelo de regressão com uma única variável explica, melhor do que o acaso, a variável dependente que consiste na ordem atribuída à identificação com a narrativa protótipo da anorexia. Observa-se que a variável *Anos de Evolução do Problema* é significativamente preditora ( $F(1,35) = 4.99$ ,  $p < .05$ , sendo o coeficiente  $b$  de  $-.35$  e o valor  $t(35) = -2.23$ ,  $p < .05$ ) da ordem de identificação atribuída à narrativa protótipo da anorexia, explicando 13% da variância dos resultados. Atendendo ao facto desta variável preditora ter sido definida sob a forma 1/0 (até dois anos e igual ou superior a dois anos e meio, respectivamente), aplicamos o teste Mann-Whitney para clarificar qual dos grupos apresentava os resultados mais elevados de modo a verificar se as diferenças eram significativas. Os resultados mostraram que a ordem média de identificação com a narrativa da anorexia, obtida pelos participantes com maior número de anos de evolução do problema (24.04) é superior à dos que contam menor número de anos dessa evolução (16.85), sendo a diferença entre eles estatisticamente significativa ( $p < .05$ ). Isto indica que os participantes com mais de 2.5

anos de evolução da anorexia, terão maior tendência para se identificarem com a narrativa protótipo da anorexia.

### Discussão

Relativamente à distribuição da amostra em função do género, os resultados vão de encontro aos referidos no DSM IV que estima uma prevalência da anorexia nervosa entre 0.5 a 1% para mulheres no final da adolescência e jovens adultas, sendo que mais de 90% dos casos se verificam naquela população. A média de idades verificada ( $M = 20.34$ ;  $DP = 5.24$ ) está de acordo com a obtida por Hoeken, Lucas & Hoek (1998), cuja taxa de incidência contempla mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos.

Ao nível dos sintomas das perturbações do comportamento alimentar, os resultados obtidos em função das escalas e subescalas do SCL 90-R e EDI, demonstram pontuações bastante elevadas, o que traduz um nível elevado de psicopatologia geral e mal-estar psicológico, bem como um nível elevado de sintomatologia associada às perturbações do comportamento alimentar. Estes resultados são equivalentes aos valores apresentados por Machado, Soares, Martins, Machado & Cost-B6 Group Portugal (2000) num estudo composto por 75 participantes com anorexia nervosa (59 tipo restritivo e 16 tipo purgativo), cujas características demográficas se assemelham às do nosso estudo. As médias obtidas através do SCL 90-R são quase idênticas às nossas, sendo os resultados do EDI, no nosso estudo, mais elevados nas subescalas *Impulso para Emagrecer*, *Insatisfação Corporal*, *Ineficácia*, *Perfeccionismo* e *EDI total*. Atendendo ao ponto de corte estabelecido no estudo de S. Gonçalves (1998) para o resultado total do EDI (valor 43), constatamos que a média do resultado total do EDI obtida no nosso estudo ( $M = 75.09$ ;  $DP = 33.86$ ) revela que os participantes apresentam, no seu conjunto, valores claramente acima deste ponto de corte, confirmando o seu estatuto de população clínica.

Numa análise global do estudo da validação divergente, apesar deste indicar diferenças que posicionam a narrativa protótipo da anorexia em lugar de destaque, pela leitura das frequências obtidas, verificámos que, na amostra global, a ordem média desta identificação não é, do ponto de vista estatístico, significativamente superior aos valores de identificação com as narrativas da depressão, alcoolismo, agorafobia e toxicodependência. Este resultado vem infirmar a hipótese inicialmente levantada sobre a validade divergente da narrativa protótipo da anorexia, colocando em causa a prototipia desta narrativa.

Entretanto, a validação por parte de subgrupos de participantes sugere diferenciações significativas na identificação com a narrativa da anorexia em comparação com algumas das outras narrativas protótipo. Verificámos existir tendência para uma identificação superior com a narrativa protótipo da anorexia comparativamente com a identificação com a narrativa da toxicodependência, mais frequentemente, e com a da agorafobia, em alguns casos, nas seguintes subamostras: (1) habilitações literárias correspondem ao ensino secundário, (2) nível sócio-económico elevado, (3) não existência de prática de exercício físico excessivo como método compensatório para o ganho ponderal, (4) evolução do quadro de anorexia nervosa superior a dois anos e meio, (5) resultado total do EDI, (6) subescala Bulimia acima do ponto de corte, (7) subescala Ineficácia acima

do ponto de corte, (8) subescala Perfeccionismo abaixo do ponto de corte e (9) subescala Medos da Maturidade acima do ponto de corte. Na maioria destas subamostras (em seis) a ordem média de identificação com a narrativa da anorexia surge mesmo em primeiro lugar e, em praticamente todas (em oito) estabelecendo uma diferença estatisticamente significativa em relação à identificação com a narrativa da toxicodependência, sendo única exceção a *subescala da bulimia* do EDI, em que essa diferença se impõe apenas em relação à narrativa protótipo da agorafobia. Em quatro das subamostras - duração da perturbação há mais de dois anos e meio, pontuação total no EDI, subescala Ineficácia e subescala Medos da Maturidade - a superioridade significativa da identificação com a narrativa protótipo da anorexia em relação à narrativa da toxicodependência é alargada à narrativa da agorafobia. Em suma, diríamos que os participantes com características para pertencer a qualquer destes nove subgrupos têm uma maior tendência para se identificarem com a narrativa protótipo da anorexia, em detrimento da narrativa da toxicodependência e/ou da agorafobia. Nestes casos, a narrativa da anorexia surge então discriminada, mais frequentemente, da narrativa da toxicodependência e, em alguns deles, da narrativa da agorafobia. Isto sugere que os sujeitos com anorexia têm tendência a identificarem-se indiferentemente com as narrativas da anorexia, da depressão e do alcoolismo, estabelecendo um contraste de menor relação com as narrativas da agorafobia e, sobretudo, da toxicodependência. Esta espécie de divisão dos resultados em torno de dois pólos, de alta e baixa identificação, remetem-nos para a ortogonalidade identificatória dos sujeitos com agorafobia em torno destas cinco narrativas protótipo (Henriques, 2000), na qual o pólo de menor identificação incluía exactamente as narrativas da toxicodependência e da anorexia. Isto sugere que as pessoas quer com agorafobia, quer com anorexia, não se identificam com as narrativas umas das outras e sublinha que, uma vez mais, são as narrativas da depressão e do alcoolismo que concorrem com as da respectiva perturbação para o lugar de maior identificação.

De entre os resultados da validação, proporcionados pelos restantes subgrupos de participantes, em que a identificação com a narrativa protótipo da anorexia não apresenta diferenças estatísticas com nenhuma das restantes narrativas, gostaríamos de salientar aqui alguns casos, por considerarmos esclarecer e potenciar a compreensão de tais resultados, bem como daqueles em que a narrativa protótipo da anorexia assume o protagonismo principal. No sub-tipo de diagnóstico purgativo, a ordem média de identificação com a narrativa protótipo da depressão é a superior, sugerindo que os participantes com anorexia tipo bulimico têm uma maior tendência para se identificarem com a narrativa protótipo da depressão, face às da toxicodependência e da agorafobia. Este resultado é reforçado pelo obtido no subgrupo dos participantes que têm episódios actuais de ingestão alimentar compulsiva, seguidos da prática de vômito auto-induzido a um nível extremo, isto é, os episódios de ingestão-purga surgem mais do que uma vez por dia. Estes resultados podem estar relacionados com o maior sofrimento associado aos episódios de ingestão alimentar compulsiva e à utilização de métodos purgativos, presentes na anorexia de tipo purgativo que, por seu turno, podem suscitar sintomatologia depressiva resultante do próprio sub-tipo de diagnóstico, especialmente quando o comportamento impulsivo e purgativo assume um maior nível de severidade. Aliás,



segundo Herzog, Keller, Lavori, Kenny & Sacks (1992) e Steiger e Séguin (1999), as perturbações do comportamento alimentar podem aparecer associadas a sintomas de depressão, principalmente nos pacientes com anorexia de tipo purgativo ou com bulimia nervosa. Cooper (1995) considera que os sintomas depressivos são consequentes do sofrimento causado pela falta de controlo sobre o comportamento alimentar, pelo impacto negativo dos hábitos alimentares caóticos, pela preocupação com a imagem corporal e pelos sentimentos de culpa suscitados pelos episódios de ingestão-purga, especialmente se considerarmos a necessidade extrema que os sujeitos com anorexia nervosa têm de controlar a sua alimentação (c.f., Fairburn, Shafran & Cooper, 1999). Segundo o mesmo autor, na anorexia os sintomas depressivos aparecem como sintomas secundários da inanição. Outro resultado semelhante foi o obtido no grupo dos participantes que está clinicamente mais insatisfeito com a sua forma corporal (obtido através da subescala Insatisfação Corporal), insatisfação esta suscitada pela preocupação excessiva com a imagem corporal e associada a um maior descontentamento e consequente sofrimento.

A única variável com poder preditivo que surgiu no nosso estudo foi a que respeita ao número de anos de evolução da anorexia nervosa, verificando que os participantes com uma evolução da perturbação superior a dois anos e meio apresentam uma maior tendência para se identificarem com a narrativa protótipo da anorexia. Este resultado sugere que, quando há uma maior duração do quadro de anorexia, os sujeitos se diferenciam dos restantes, identificando-se mais com a narrativa protótipo associada à anorexia. Aliás, parece que a cronicidade do quadro de anorexia nervosa constitui um dos factores de fraco prognóstico pelo que diz respeito ao curso e recuperação da própria perturbação (c.f., Steinhausen, 1995).

Os resultados obtidos permitem-nos tecer algumas considerações sobre as características dos sujeitos com anorexia nervosa e sua relação com a ordem de identificação com a narrativa protótipo da anorexia nervosa. Em resumo, os sujeitos com anorexia desde há mais de dois anos e meio apresentam uma maior tendência para se identificarem com a narrativa protótipo da anorexia; os participantes com pontuações clínicas no EDI distinguem-se daqueles cujas pontuações se assemelham às obtidas pela população normal, revelando uma identificação com a narrativa da anorexia significativamente superior a outras narrativas e, assim, sugerindo que, para além deste instrumento ser sensível à detecção de sintomatologia específica das perturbações do comportamento alimentar, esta interfere significativamente no grau de identificação com a narrativa protótipo da anorexia; nos participantes com resultados acima do ponto de corte, na subescala *Medos da Maturidade* do EDI parece ser mais significativa a existência de uma identificação superior com a narrativa protótipo da anorexia, o que poderá estar associado ao facto desta subescala exprimir o desejo de regressar à segurança da pré-adolescência e o evitamento da maturidade psicológica e física (Garner *et al.*, 1983). Atendendo à preponderância que pode assumir, no desenvolvimento da anorexia nervosa, um acontecimento de natureza interpessoal (c.f., Soares, 1993), Guidano (1991) salienta que indivíduos com perturbações do comportamento alimentar e, neste caso, anorexia, evitam a auto-exposição e confrontação, de forma a evitar que surjam infirmações da sua auto-imagem. Ora esta consideração parece estar de acordo com o próprio conteúdo da narrativa da anorexia, revelando-se a referida subescala sensível à identificação com

a narrativa protótipo em causa. Finalmente, se considerarmos os resultados que acabámos de comentar e lhes adicionarmos os que se obtiveram nas subamostras respeitantes ao sub-tipo de diagnóstico purgativo e comportamentos extremos de impulsividade e falta de controlo em termos alimentares, emerge um grupo de participantes mais “puros” em termos da sua sintomatologia alimentar, na medida em que esta permite uma maior identificação por parte desses participantes com o que caracteriza o estilo de funcionamento dos sujeitos com anorexia nervosa - a própria narrativa protótipo da anorexia como constructo idiossincrático de significação psicopatológica co-construído num determinado contexto histórico-cultural.

Em virtude da tendência dos resultados para determinadas subamostras clínicas poderá ser interessante estudos posteriores com amostras mais numerosas e redefinidas em função de algumas variáveis que se mostraram discriminativas do grau de identificação com a narrativa protótipo.

### Referências

- Alves, J. R. (1993). *A validação convergente da narrativa protótipo com dependentes de opioides*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho.
- American Psychiatric Association (1996). Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais (4ª ed.) (DSM-IV). Lisboa: Climepsi editores. (Publicação original 1994).
- Bolton, D., & Hill, J. (1996). *Mind, meaning and mental disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Buddeberg, B., Bernet, R., Schmid, J. & Buddeberg, C. (1997). Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 319-326.
- Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. En K. D. Browell & C. G. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Duarte, Z. (1993). *A validação convergente da narrativa protótipo com alcoólicos*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho.
- Fairburn, C. G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- 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, O. F. (1989). The constructive – developmental trend in cognitive therapies. In O. F. Gonçalves (ed.). *Advances in the cognitive therapies: The constructive developmental approach*. Porto: APPORT.
- Gonçalves, O. F. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de terapia breve*. Brasil, SP: Editorial Psy.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver Narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F., Alves, A., Soares, I., Duarte, Z., Henriques, M., & Maia, A. (1996). Narrativa e psicopatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 307-318.

- Gonçalves, O. F. & Henriques, M. (2000). *Método de avaliação das narrativas protótipo*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, S. (1998). *Perturbações do comportamento alimentar: estudo da prevalência junto de uma população universitária*. Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade do Minho.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Henriques, M. (2000). *Narrativas e agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M. & Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Hoeken, D. V., Lucas, A. R. & Hoek, H. W. (1998). Epidemiology. En H. W. Hoek, J. L. Treasure & M. A. Katzman (eds.). *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. New York: John Wiley.
- Howard, G. S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- Howard, G. S., Maerlender, A. C., Myers, P. R. & Curtin, T. D. (1992). In stories we trust: Studies of the validity of autobiographies. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 398-405.
- Howell, D. C. (1992). *Statistical Methods for Psychology*. Belmont: Duxbury Press.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Martins, C. & Soares, I. (2001). Portuguese version of the eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Machado, B. C., Santos, L. & Santos, R. (2001). Tratamento cognitivo comportamental em grupo da ingestão alimentar compulsiva: um estudo exploratório. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 307-316.
- Machado, P. P., Soares, I., Martins, C., Machado, B. C. & Cost - B6 Group – Portugal (2000 June). *Eating Disorders Treatment in Portugal: Patterns of Service Utilization*. Paper presented at the 31th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, USA.
- Mahoney, M. J. (1995). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. En M. J. Mahoney (ed.). *Cognitive and Constructive Psychotherapies: theory, research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Maia, A. (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Mandler, J. M. (1984). *Stories, scripts and scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum.
- Pio-Abreu, J. L. (1994). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Silva, C. M. (1994). *Estatística aplicada à psicologia e ciências sociais*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- 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.
- Steiger, H. & Séguin, J. (1999). Eating disorders: Anorexia and bulimia nervosa. En T. Millon, P. H. Blaney & R. D. Davis (eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Steinhausen, H. C. (1995). The course and outcome of anorexia nervosa. En K. D. Browell & C. G. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.