

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL, APOIO SOCIAL E REGULAÇÃO AFECTIVA*

RAMIRO VERISSIMO

Serviço de Psicologia Médica. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

RESUMO

O objectivo deste estudo é obter mais informação sobre as relações entre inteligência emocional, apoio social e afectividade.

Foram estudados 64 estudantes universitários que completaram a escala *Trait Meta-Mood Scale* na sua forma abreviada (TMMS-30), o Questionário de Apoio Social, também na sua forma reduzida (SSQ-6) e o inventário *Multiple Affect Adjective Check List* (MAACL).

Os resultados mostram que o Apoio Social se relaciona forte e significativamente com Reparação Humoral, por um lado, e com mais Afectos Positivos e Procura de Sensações, por outro.

Estes achados vão de encontro à hipótese de que o Apoio Social se pode considerar, de algum modo, como um meio de Reparação Humoral; e como tal também se associa, naturalmente, a mais Afectos Positivos e Procura de Sensações.

Palavras-chave: Inteligência Emocional, Apoio Social, Regulação Afectiva

SUMMARY

EMOTIONAL INTELLIGENCE, SOCIAL SUPPORT AND AFFECT REGULATION

The aim of the present study was to gain additional information about the relationship between emotional intelligence, social support, and affectivity.

The subjects were 64 university students who completed the short form of the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-30), the Social Support Questionnaire, and the Multiple Affect Adjective Check List (MAACL).

The results show that Social Support is high and significantly related with both Mood Repair, on one hand, and more Positive Affects and Sensation Seeking, on the other.

These findings are consistent with the hypothesis that social support can be considered, somehow, as a way of mood repair; and thus not surprisingly is also associated with more Positive Affects and Sensation Seeking.

Key Words: Emotional Intelligence, Social Support, Affect Regulation

^(*) Este trabalho, apresentado pela primeira vez em Gotemburgo/Suécia no 16º World Congress on Psychosomatic Medicine 2001, foi apoiado pela Unidade 121/94 (FC&T)

INTRODUÇÃO

A investigação sobre os fundamentos da relação entre emoção e doença tem vindo a recolher um corpo considerável de dados empíricos que nos permitem estabelecer hoje uma base sólida no sentido de ligar os fenómenos de ordem psicológica ao decurso do que se reconhece como doença¹⁻⁵. Neste contexto, a identificação de vias bi-direccionais entre os centros límbicos — base das emoções —, e o córtex⁶⁻⁸, veio consubstanciar os necessários correlatos para as interações cognitivo-emotionais propostas pelos tradicionais modelos *top-down* da regulação emocional⁹: os estímulos não só podem desencadear uma activação emocional primária, como também facultar uma avaliação secundária a um nível mais elevado como é o cognitivo^{10,11}, donde resulta uma função regulatória. Este último processo, envolvendo discriminação entre diferentes estados emocionais e integração com experiências anteriores, deste modo conferindo à experiência um significado subjectivo^{12,13}, enquanto considerado no que tem de persistente e estável, também se reconhece habitualmente em termos de regulação afectiva^{3,14,15}. E em determinadas circunstâncias o recurso a este conceito mais genérico pode revelar-se mais adequado na medida em que é suficientemente abrangente para incluir elaborações similares como regulação emocional, mecanismos de *coping*, mecanismos de defesa e regulação humoral¹⁶. Neste mesmo sentido alargado a experiência meta-humoral foi inicialmente cunhada para descrever o *processo decorrente dos estados de ânimo segundo o qual os indivíduos reflectem continuamente sobre os seus sentimentos, monitorizando-os, avaliando-os e regulando-os*¹⁷; conceito que conheceu desenvolvimentos ulteriores para *enquadrar atitudes mais estáveis sobre os estados de ânimo em geral e estratégias de resistência a que os indivíduos recorrem para lidar com as experiências humorais*^{18,19}.

Após avaliar as diferenças individuais no reconhecimento e descrição das emoções quer do próprio quer em relação ao outro, Lane *et al*²⁰ induziram estados emocionais através de estímulos adequados, investigando em seguida quais as alterações do fluxo sanguíneo do córtex cingulado anterior nos sujeitos da amostra em estudo²¹, chegando à conclusão que a relação da actividade cingular anterior com a activação emocional é provavelmente função da consciencialização emocional. Estas capacidades cognitivas de partir para a reflexão e pensar sobre sentimentos, de monitorizar efectivamente e auto-regular as emoções, são consideradas componentes centrais²² do conceito de inteligência emocional (*IE*) desde a sua conceptualização original enquanto capacidade de monitorizar

os sentimentos e emoções próprios e do outro, de os discriminar, e de fazer uso desta informação para orientar o seu modo de pensar e as suas acções²³. Induzindo uma regulação mais eficaz da activação emocional, designadamente das respostas fisiológicas aos factores de *stress*^{4,24}, a inteligência emocional também se pressupõe na base de recurso a meios mais adaptativos de lidar com as emoções e sentimentos subjectivos^{5,22,25,26}. No entanto estas aptidões adaptativas e para lidar com os factores de tensão deveriam antes ser considerados como resultantes da inteligência emocional em si mesma²⁷.

De facto, ao falar de estratégias cognitivas orientadas para uma regulação moderadora das emoções, devemos necessariamente ter em conta as propostas de Folkman e Lazarus²⁸ sobre os meios de lidar eficazmente com as situações emocionais; uma vez reconhecidas como tal. Para conseguir esta mediação recorrem à modificação efectiva e/ou fenomenológica da situação interactiva, e consequentemente da reacção emocional subsequente. Pode dizer-se que, precedido pela emoção, o *coping* pode ser encarado como um meio de controlar a intensidade emocional das situações indutoras de tensão e mal-estar, de modo a permitir um funcionamento mais eficaz ao lidar com situações passíveis de despertar emoções²⁹. Repousando assim a eficácia deste tipo de mecanismos na inteligência emocional enquanto sua *conditio sine qua non*.

Ao reconhecer que os indivíduos podem ser mais ou menos habilitados para processar informação emocional, um factor determinante, para alcançar eficácia, pode ser atribuído à escolha entre estratégias centradas na emoção e centradas no problema enquanto função das atribuições de controlo da pessoa sobre os resultados³⁰. Se este é considerado ao alcance, então meios de lidar com a situação centrados no problema podem constituir-se mais apropriados; ao passo que os centrados na emoção eventualmente podem interferir inadequadamente. Por outro lado, se o resultado pretendido não é exequível ou está objectivamente para além do alcance do controlo por parte da pessoa, então a redução da emotividade tornar-se-á provavelmente mais eficaz, obstando à frustração, e em última análise à desesperança que emergiria de estratégias pobremente adaptáveis à situação concreta. Por outras palavras, quando a alteração das condições factuais da relação pessoa-meio não é factível, então desviar a atenção ou mudar o significado subjectivo da transacção são passíveis de ser úteis. No entanto emoção e pensamento não devem ser considerados antagónicos, uma vez que, conforme mencionado, a capacidade de utilizar informação emocional pode assumir um cunho adaptativo^{4,22,26}. Mais ainda, numa perspectiva darwiniana, a partilha soci-

al de experiências emocionais sugere que as emoções podem servir objectivos sociais, e pode reconhecer-se facilmente que entre eles, para além da comunicação não-verbal, está o conseguir ajuda dos outros³¹.

Entre outros factores, há uma dimensão fundamental de recalçamento-sensibilização/afastamento-vigilância que, em termos de *coping*, reúne consenso geral ao ser considerada como uma disposição relativamente estável que condiciona o estilo das acções da pessoa. Ou seja, a sua tendência para ficar sensibilizado ou inclusive para evitar ou por outro lado para não conseguir reconhecer estímulos potencialmente ameaçadores. No que se refere a mudar o significado da transacção pessoa-estímulo, processos de distanciamento e de tipo negação, pese embora úteis no sentido de evitar que a pessoa se vá emocionalmente abaixo quando tem de lidar com situações de grande tensão, podem também aumentar a probabilidade de se fazerem sentir através de uma influência negativa no desenvolvimento clínico das situações; não somente porquanto não conseguem reduzir efectivamente a tensão³²⁻³⁴, mas também na medida em que podem levar a pessoa a não procurar opinião médica em situações como a de melanoma^{35,36}, ou quando uma mulher com carcinoma mamário não assume o seu significado³⁷⁻³⁹. De facto o comportamento na doença, tal como procurar rapidamente tratamento e seguir devidamente as prescrições, repousa na capacidade de identificar e descrever de modo correcto os sintomas adequadamente identificados no contexto das representações preexistentes relacionadas com o adoecer. Assim uma concepção errónea do adoecer, seja como resultado de uma negação, ou mesmo o seu não reconhecimento enquanto tal, podem explicar comportamentos dilatatórios, práticas inadequadas, má adesão às prescrições, e outros efeitos prejudiciais à saúde^{40,41}. Nestas circunstâncias a sensibilização, tal como na atenção selectiva, reduzindo a reacção emocional negativa, e também dando azo a positivas, parece muito mais adequada que o recalçamento. E o mesmo se pode dizer das estratégias cognitivas que tendem, falando de um modo geral, a transformar a avaliação da ameaça em desafio; como no caso de uma situação de doença⁴², ou ainda mais concretamente de cancro⁴³. No que respeita ao desviar da atenção, por seu turno, embora estratégias de evitamento facultem breve prorrogação do mal-estar, o certo é que também podem dar lugar a sintomas psicossomáticos⁴⁴, ansiedade e depressão^{29,45,46}. Situações como estas, bem assim como outras do tipo das alterações crónicas em que o evitamento de danos se pode identificar enquanto característica comportamental⁴⁷, sugerem claramente aconselhamento no sentido de mobilizar a atenção desviada para

uma atitude mais vigilante em relação a questões problemáticas, permitindo deste modo preveni-las ou lidar melhor com elas.

De qualquer modo, Folkman and Lazarus²⁸ também sugerem que da justa medida da ineficácia de uma determinada estratégia, resulta uma maior probabilidade de a pessoa se ver forçada a recorrer a uma outra alternativa para resolver a questão. Quando o distanciamento não dá conta da situação, por exemplo, a pessoa pode tentar o escape-evitamento; e se o escape-evitamento por seu turno também não ajudar a resolver o problema, ela pode tentar o recurso à confrontação ou procurar apoio social. Dado que um dos principais tópicos da investigação sobre recursos de superação tem sido precisamente o apoio social, dispomos actualmente de um evidência considerável sobre os seus benefícios psicológicos e físicos^{48,49}: quem se apercebe da disponibilidade de apoio social consegue adaptar-se melhor às exigências situacionais, recuperar mais rapidamente de problemas diagnosticados, e reduzir o seu risco de mortalidade por determinadas doenças^{50,51}. No entanto, para compreender cabalmente o modo como o apoio social afecta a saúde, temos de identificar, de acordo com a sua utilidade em situações em concreto, os diferentes tipos de apoio social percebido — apoio emocional, informação e conselho, assistência tangível, e apoio avaliativo —, de forma a determinar de que modo é que a sua disponibilidade e utilidade resultam como função de capacidades relacionadas com idiosincrasias dos recursos de regulação emocional do indivíduo. Enquanto fonte de apoio emocional e recursos de auxílio, podemos considerar útil uma primeira aproximação para equacionar a adaptação positiva e os efeitos salutares de um apoio social apercebido, como resultando de um efeito de tampão protector^{50,52-55}.

OBJECTIVOS

Sendo que a inteligência emocional representa um traço que descreve diferenças interindividuais quanto ao processamento e ao modo de lidar quer com as emoções do próprio quer com as dos outros, então afigura-se-nos legítimo esperar que esteja relacionada com regulação afectiva, que neste contexto conceptual pode representar um indicador de *IE*, tal como que tenha interrelações com a mobilização de apoio social, uma vez que pessoas com *IE* devem ser capazes de pedir auxílio. A hipótese é a de que os sujeitos com pontuações mais elevadas em inteligência emocional disponham mais provavelmente de melhor regulação afectiva e conseqüentemente de melhor humor e mais abertura para novos estímulos; recorrendo a estilos mais adaptativos de regulação emocional, tal como

obter ajuda de terceiros enquanto meio de lidar com a ativação emocional, também terão conseqüentemente maior tendência para sentir afectos positivos.

A finalidade do presente estudo remete-se pois para a obtenção de conhecimento adicional sobre esta relação entre inteligência emocional, humor e apoio social enquanto meio eficaz de lidar com o humor que presumivelmente repousa no desabafar através da confiança emocional. Verificando ainda, em simultâneo, quais as diferenças a este nível entre homem e mulher, uma vez que foram obtidas em estudos anteriores sobre *IE*⁵⁶ pontuações femininas mais elevadas de atenção aos sentimentos, sugerindo de algum modo uma certa corroboração da convicção generalizada que descreve as mulheres como sendo mais facilmente emocionáveis.

MÉTODOS

Sujeitos

Os entrevistados, todos voluntários formando um grupo de 64 estudantes universitários, dos quais 26 do sexo masculino e 38 do feminino, com uma idade média de 19.14 ± 0.76 anos, foram recrutados nas aulas sequencialmente durante uma semana.

Medidas

Com o intuito de avaliar as supramencionadas *diferenças individuais relativamente estáveis na tendência das pessoas para dar atenção aos seus estados de ânimo e às suas emoções, a sua capacidade para as discriminar com clareza e para as regular*, Salovey et al⁵⁷ desenvolveram a Escala de Traço Meta-Humoral (TMMS). Começaram por estudar a estrutura factorial e a fiabilidade deste questionário de auto-aplicação com 48 questões de tipo Likert com cinco hipóteses de resposta, obtendo três factores distintos conceptualizados como de Atenção, Clareza e Reparação. Com coerências internas avaliadas pelo alfa de Cronbach respectivamente de 0.86, 0.87, e 0.82, as sub-escalas foram depois depuradas das questões com menor contributo, retendo-se as de ≥ 0.40 , ou contribuindo para outro factor que não o que definiam com o seu contributo mais elevado até 0.20. Deste modo, mantendo as coerências internas igualmente altas (alfa respectivamente = 0.86, 0.88, 0.82), os autores extraíram as 30 questões da Escala de Traço Meta-Humoral - VR (TMMS-30), passando então a proceder a uma primeira abordagem de uma validação convergente e discriminante desta versão reduzida que assim recomendam⁵⁷. A versão inglesa da TMMS-30 foi traduzida para português, e depois retro-vertida por uma colega bilingue que ignorava a versão inglesa original da escala. A comparação da retro-versão com a

versão original inglesa da TMMS-30 indicou uma equivalência translíngua excelente. O coeficiente alfa de coerência interna da escala traduzida, tal como usada no presente estudo, foi de 0.78, 0.84, e 0.83 respectivamente para os extraídos factores de Atenção, Clareza e Reparação.

O Inventário de Adjectivos *Multiple Affect* (MAACL), usado aqui na sua variante de traço, é um inventário de 132 adjectivos que tem sido largamente utilizado nos últimos 30 anos. Faculta pontuações em cinco escalas — Ansiedade, Depressão, Hostilidade; e Afectos Positivos e Procura de Sensações —; estas podem ser posteriormente agrupadas em duas categorias essenciais: disforia e a reunião dos afectos positivos com a procura de sensações. Trabalhos de investigação anteriores sobre as propriedades psicométricas do MAACL num contexto Português^{47,58} confirmaram de algum modo a sua estrutura factorial originalmente proposta⁵⁹, embora revelando também algumas pequenas diferenças semânticas. No entanto, tendo em vista uma desejável comparabilidade, estas diferenças não foram suficientemente de monta a ponto de invalidarem os dados normativos já existentes⁵⁹; mais ainda uma vez que a fiabilidade interna das escalas permaneceu dentro de valores perfeitamente aceitáveis: alfa da ansiedade = 0.76, alfa da depressão = 0.79, alfa da hostilidade = 0.72, alfa da disforia = 0.88, alfa dos afectos positivos = 0.87, alfa da procura de sensações = 0.74, alfa da reunião dos afectos positivos com a procura de sensações = 0.89⁵⁸; alfa da ansiedade = 0.73, alfa da depressão = 0.81, alfa da hostilidade = 0.78, alfa da disforia = 0.90, alfa dos afectos positivos = 0.85, alfa da procura de sensações = 0.65, alfa da reunião dos afectos positivos com a procura de sensações = 0.87⁴⁷.

O Questionário de Apoio Social (SSQ) é uma escala de auto-aplicação concebida para quantificar a disponibilidade e o grau de satisfação com o apoio social percebidos⁵². Cada uma das perguntas requer uma resposta em dois momentos: pede-se aos inquiridos que enumerem primeiro até nove pessoas para quem acham que se podem virar e em quem confiem em circunstâncias concretas de necessidade (1); e depois que pontuem, recorrendo a uma escala graduada em seis pontos entre *muito satisfeito* e *muito insatisfeito*, em que medida se sentem satisfeitos com o apoio disponível (2). O número médio de pessoas listadas nas questões postas como dando apoio fornece uma *pontuação de número* da disponibilidade de apoio percebida como um todo, ao passo que a pontuação de satisfação global resulta da média de pontuações em satisfação. Com uma validade bem consubstanciada^{48,52,60} e coeficientes alfa respectivamente de 0.97 e 0.94 para as pontuações de

número e de satisfação⁵², o SSQ evoluiu depois para uma forma abreviada⁶¹ apenas com seis questões (SSQ-6) seleccionadas por meio de análise factorial. O uso desta versão alternativa pareceu adequado na medida em que apresenta correlações com a versão integral do SSQ (uma vez eliminadas as 6 questões comuns) de 0.95 para a SSQ-N, e 0.96 para a SSQ-S; mantendo coerência interna de = 0.90 e alfa = 0.93. A tradução Portuguesa da versão abreviada, tal como usada neste estudo, apresentou um alfa para a disponibilidade de 0.89, e um alfa para a satisfação de 0.88.

RESULTADOS

Entre os 64 estudantes voluntários que completaram todas as medidas acima descritas, não se encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres — Quadro I — excepto em que estas obtiveram pontuações mais elevadas na escala de atenção aos sentimentos.

Quadro I - Descrição Geral da Amostra

	Total (N=64)	Homens (n=26)	Mulheres (n=38)	Sign ^(*)
Idade média anos	19,14 ± 0,759	19,16 ± 0,746	19,13 ± 0,777	ns
TMMS-30				
AS	52,97 ± 6,500	50,08 ± 7,123	54,82 ± 5,457	0,004
CS	45,19 ± 9,487	47,24 ± 9,548	43,58 ± 9,548	ns
RH	22,42 ± 4,790	22,32 ± 5,019	22,32 ± 5,019	ns
SSQ-6				
SS-N	4,718 ± 1,768	4,560 ± 1,788	4,868 ± 1,788	ns
SS-S	5,391 ± 0,633	5,360 ± 0,679	5,395 ± 0,679	ns
MAACL				
A	2,078 ± 1,954	1,560 ± 1,959	2,421 ± 1,926	ns
D	0,703 ± 1,477	0,600 ± 1,291	0,737 ± 1,605	ns
H	1,297 ± 0,987	1,320 ± 1,029	1,289 ± 0,984	ns
Disf	4,078 ± 3,415	3,480 ± 2,959	4,447 ± 3,710	ns
AP	9,656 ± 5,208	10,64 ± 5,275	8,974 ± 5,191	ns
PS	7,000 ± 2,456	6,920 ± 2,414	6,974 ± 2,498	ns
APPS	16,66 ± 6,393	17,56 ± 6,758	15,95 ± 6,194	ns

(*) t de Student

Nota:

MM-AS = atenção a sentimentos; MM-CS = clareza de sentimentos;

MM-RH = reparação humoral;

SS-N = apoio global; SS-S = satisfação global;

MAACL = número de afectos assinalados; MAACL-A = ansiedade;

MAACL-D = depressão; MAACL-H = hostilidade;

MAACL-Disf = afectos negativos em geral; MAACL-AP = afectos positivos;

MAACL-PS = procura de sensações; MAACL-APPS = afectos positivos em geral.

As correlações entre as sub-escalas do TMMS e as outras medidas incluídas no estudo — Quadro II — mostraram que, nesta amostra, os indivíduos que relataram maior atenção aos sentimentos apresentavam menos sentimentos de hostilidade, enquanto os que vivenciavam os seus sentimentos com clareza tendiam a não estar disfóricos na medida em que menos ansiosos e depressivos. A reparação, por seu turno, correlacionou-se negativamente com a disforia em consequência de pontuações baixas em ansiedade e depressividade; e também

se associou nitidamente com o número de adjectivos referentes a afectos assinalados e com os afectos positivos e procura de sensações; tal como com a disponibilidade de e satisfação com apoio social — Quadro III —. O apoio social também se associou com os afectos positivos e a procura de sensações.

Quadro II - Matriz correlacional com r de Pearson (N=64) Inteligência emocional x Humor

	Atenção a Sentimentos		TMMS-30 Clareza de Sentimentos		Reparação Humoral	
MAACL						
Ansiedade	-0,098	ns	0,067	ns	0,249	0,048 *
Depressão	-0,042	ns	-0,337	0,006 *	-0,390	0,001 *
Hostilidade	-0,191	ns	-0,256	0,042 *	-0,399	0,001 *
Disforia	-0,253	0,043 *	0,036	ns	0,161	ns
Afectos Positivos	-0,180	ns	-0,293	0,019 *	-0,349	0,005 *
Procura de Sensações	0,023	ns	0,139	ns	0,305	0,014 *
Afectos Pos. + Procura de Sensações	0,027	ns	0,238	ns	0,263	0,036 *
	0,029	ns	0,205	ns	0,350	0,005 *

* p

Nota:

MAACL = número de afectos assinalados;

MAACL-Disforia = afectos negativos em geral;

MAACL-APPS = afectos positivos em geral.

Quadro III - Matriz correlacional com r de Pearson (N=64): Apoio Social x Inteligência emocional e Humor

		SSQ-6		
		SS-N	SS-S	
TMMS-30				
AS	0,034	ns	0,169	ns
CS	0,099	ns	0,149	ns
RH	0,294	0,019 *	0,327	0,008 *
MAACL				
(N)	0,387	0,002 *	0,206	ns
Ansiedade	0,048	ns	-0,089	ns
Depressão	0,010	ns	-0,231	ns
Hostilidade	0,167	ns	0,142	ns
Disforia	0,079	ns	-0,109	ns
Afectos Positivos	0,307	0,014 *	0,210	ns
Procura de Sensações	0,205	ns	0,215	ns
Af. Pos. + Proc. Sens.				
	0,328	0,008 *	0,253	0,043 *

* p

Nota:

SS-N = Apoio global; SS-S = Satisfação global;

TMM-AS = atenção aos sentimentos; TMM-CS = clareza de sentimentos;

TMM-RH = reparação humoral; MAACL = número de itens assinalados;

MAACL-Disforia = afectos negativos em geral;

MAACL-APPS = afectos positivos em geral.

DISCUSSÃO

O presente estudo, incidindo sobre uma amostra extraída de uma população seleccionada, estudantes de Medicina, e com uma idade média relativamente jovem (19,14 ± 0,76 anos), não deve ser tomado para generalização dos valores obtidos em si mesmos. Estes só deverão ser considerados para populações idênticas — e mesmo aqui sem

ignorar as restrições emanantes do tamanho da amostra — uma vez que, enquanto variáveis referidas a diferenças individuais, estas se encontram possivelmente em reconhecido desenvolvimento permanente ao longo do ciclo vital. Deve ser encarado antes nos resultados em termos de estrutura interna da amostra e relações estabelecidas no seu seio; estrutura e relações que, embora também amostra-dependentes é lícito presumir como relativamente estáveis no âmbito de personalidades formadas.

A pontuação feminina significativamente mais elevada em atenção aos sentimentos, tal como se pode observar aqui, está de acordo com relatos anteriores sobre inteligência emocional⁵⁶.

Os achados de que o apoio social se relaciona elevada e significativamente quer com reparação do humor quer com afectos positivos e procura de sensações apoiam a hipótese de que o apoio social se pode considerar, de algum modo, como um meio de reparação humoral; e assim é que não é de admirar que também se relacione com mais afectos positivos e procura de sensações. No entanto, dada a força/debilidade relativa do método, tudo o que se pode concluir repousa na forte associação, remetendo a questão da causalidade para a concordância de tal associação com um modelo formulado previamente. No entanto, num contexto de extrema complexidade como é o caso, se temos de assumir algo, tal deve ser unicamente em termos de um sistema que contempla uma causalidade circular entre humor positivo e a percepção subjectiva de apoio social concebido este como um meio de desabafar. De facto reconhecem-se os afectos positivos e a atracção pela novidade como facilitadores da convivialidade; de par com o papel positivo da partilha social claramente identificado enquanto factor relevante na recuperação da perturbação emocional^{38,62}. Mais do que isso, dispomos actualmente de uma quantidade considerável de dados empíricos sobre os meios que levam o confidenciar e a abertura emocional a influenciar positivamente a saúde^{2,55,63-68}.

As associações protectoras encontradas neste estudo, da clareza de sentimentos e crenças em reparação humoral com a disforia, estão de acordo com relatos anteriores de associação com depressão⁵⁷ tal como avaliada pela Escala do Centro para Estudos Epidemiológicos, CES-D⁶⁹; se bem que aqui também impliquem a ansiedade enquanto traço.

Em termos de regulação emocional, embora ambas envolvam a supressão da expressão emocional, em boa verdade não se pode falar indiferentemente em controlo ou repressão emocional e alexitimia⁷⁰. De facto, em oposição ao défice emocional alexitímico^{3,71}, a inteligência

emocional comporta uma característica fulcral de controlo emocional, uma vez que este, partindo de consciencialização emocional^{70,72}, pode muito bem ser entendido como inerente à capacidade de utilizar adaptativamente a informação que chega a cada momento^{22,25,26}. Lidar com problemas crónicos, por exemplo, tem sido profusamente relacionado com as atribuições de controlo/expectativas de reforço do paciente: seja a si mesmo ou factores que lhe são alheios. Os que acreditam que podem de algum modo controlar os sintomas e/ou o curso da sua doença — ou por outras palavras, que mais provavelmente farão alguma coisa que resulte em reparação humoral, esforçando-se por manter um estado de ânimo positivo —, relatam um melhor estado de saúde subjectivo e aparentemente adaptam-se melhor às situações em que se encontram, aos tratamentos, e aos efeitos laterais^{15,39,47,70,73-75}. E foi precisamente isso o que viemos a encontrar aqui sob a forma de uma associação significativa entre reparação humoral e afectos positivos e procura de sensações. Mas a reparação humoral, tal como entendida *ab initio* de acordo com o conceito operacional, também se associa a um número de afectos assinalados significativamente mais elevado — sobretudo graças aos positivos —, porquanto discriminados e reconhecidos como próprios.

A enorme importância destes esforços para compreender as implicações da inteligência emocional resulta da pretensão de encontrar meios de a influenciar clinicamente no sentido de obter uma melhor regulação emocional. De facto os clínicos deviam como tal acautelar particular atenção para as diferenças individuais dos seus pacientes em termos de inteligência emocional, uma vez que as dificuldades de regulação humoral, desde há muito implicadas de múltiplas maneiras^{32-34,68} como tendo um efeito adverso na saúde²⁴, podem ser abordadas psicoterapeuticamente: encontrando meio propício à expressão dos seus sentimentos, os pacientes podem aprender a reconhecer, a designar e a lidar melhor com eles, desenvolvendo as suas aptidões interpessoais; e assim beneficiando potencialmente a evolução do sofrimento do paciente que procura auxílio quando dele necessita, enquanto se aumenta igualmente a capacidade adaptativa às solicitações da doença⁶³, consequentemente melhorando a sua qualidade de vida relativa à saúde⁷⁰ e diminuindo o número de consultas médicas^{47,55}.

RECONHECIMENTO

Este trabalho, apresentado pela primeira vez em Gotemburgo/Suécia no 16^o *World Congress on Psychosomatic Medicine* 2001, foi apoiado pela Unidade 121/94 (FC&T).

BIBLIOGRAFIA

1. PENNEBAKER JW: *Opening Up. The healing power of expressing emotions*. New York: The Guilford Press 1990
2. GOLEMAN D, GURIN J (eds): *Mind/Body Medicine. How to use your mind for better health*. New York: Consumer Reports Books 1993, 1998
3. TAYLOR GJ, BAGBY RM, PARKER JDA: *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press 1997
4. SALOVEY P, STROUD LR, WOOLERY A, EPEL ES: Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health* 2002;17(5):611-627
5. CIARROCHI J, DEANE FP, ANDERSON S: Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Pers Ind Diff* 2002;32:197-209
6. LeDOUX JE: Sensory systems and emotions: A model of affective processing. *Integr Psychiat* 1986;4:237-248
7. LeDOUX JE: Cognitive-emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion* 1989;3:267-289
8. LeDOUX JE: *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon and Schuster 1996
9. DERRYBERRY D, TUCKER DM: Neural Mechanisms of emotion. *J Consulting Clin Psychol* 1992;60:329-338
10. DAMASIO AR: *Descartes error: emotion, reason, and the human brain*. New York: Grossett/Putnam 1994
11. DAMASIO AR: Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews* 1998;26:83-86
12. Rolls ET: A theory of emotion and consciousness, and its application to understanding the neural basis of emotion. In MS Gazzaniga (ed.): *The Cognitive Neurosciences*. Cambridge, MA: MIT Press 1995: pp 1091-106
13. TAYLOR GJ, BAGBY RM: Overview of the alexithymia construct. In R Bar-On and JDA. Parker (eds.): *Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass 2000
14. WESTEN D: Toward an integrative model of affect regulation: applications to social-psychological research. *Journal of Personality* 1994;62:641-667
15. VERISSIMO R, TAYLOR G, BAGBY RM: Relationship between alexithymia and locus of control. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 2000;XVI(1-4):11-6
16. GROSS JJ: The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology* 1998;2(3):271-299
17. MAYER JD, GASCHKE YN: The experience and meta-experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;55:102-11
18. MAYER JD, SALOVEY P, GOMBERG-KAUFMAN S, BLAINEY K: A broader conception of mood experience. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991;60:100-11
19. MAYER JD, STEVENS AA: An emerging understanding of the reflective (meta-) experience of mood. *Journal of Research in Personality* 1994;28:351-73
20. LANE RD, QUINLAN DM, SCHWARTZ GE, WALKER PA, ZEITLIN SB: The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *J Person Assess* 1990;55:124-134
21. LANE RD, REIMAN EM, AXELROD B, LANG-SHENG Y, HOLMES A, SCHWARTZ GE: Neural correlates of levels of emotional awareness: Evidence of an interaction between emotion and attention in the anterior cingulate cortex. *J Cognit Neurosci* 1998;10:525-535
22. SALOVEY P, HSEE CK, MAYER JD: Emotional intelligence and the self-regulation of affect, In DM Wegner and JW Pennebaker, (eds.): *Handbook of Mental Control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1993:pp 258-277
23. SALOVEY P, MAYER JD: Emotional intelligence. *Imag Cognit Personal* 1989/1990;9:185-211
24. STROUD L, SALOVEY P, EPEL E, WOOLERY A: Effective meta-mood skills are related to adaptive physiologic responses to chronic and acute stress. In Vingerhoets A, and Nyklíček (eds). *2nd International Conference on the (Non)Expression of Emotions in Health and Disease — Abstracts 1999*. Tilburg: Tilburg University Press 1999:pp 144-5
25. MAYER JD, SALOVEY P: The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 1993;17:433-442
26. MAYER JD, SALOVEY P: What is emotional intelligence? In P Salovey and DJ Sluyter (eds.): *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*. New York: Basic Books 1997:pp 3-34
27. MAYER JD, SALOVEY P, CARUSO D: Competing models of emotional intelligence. In RJ Sternberg (ed): *Handbook of Intelligence*. New York: Cambridge University Press 2000
28. FOLKMAN S, LAZARUS RS: Coping and Emotion. In: Monat & Lazarus (eds) *Stress and Coping. An Anthology* (3rd edition). New York: Columbia University Press 1991:pp 207-227
29. FOLKMAN S, LAZARUS RS, GRUEN R, DELONGIS A: Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Personality and Social Psychology* 1986;50:571-79
30. BANDURA A: Self-efficacy: toward a unifying theory of psychological change. *Psychological Review* 1977;84:191-215
31. RIMÉ B: Mental Rumination, Social Sharing, and the Recovery From Emotional Exposure. In: Pennebaker JW (ed) *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington: Am Psychological Association 1995, 1997:pp 271-91
32. MARTIN JB, PIHL RO: The stress-Alexithymia Hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychther Psychosom* 1985;43:169-76
33. CHROUSOS GP : Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. In P Csermely (ed) *Stress of Life: From Molecules to Man*. New York: New York Academy of Sciences 1998:pp 311-335
34. PAPCIAK AS, FEUERSTEIN M, SPIEGEL JA: Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses. *J Hum Stress* 1985;11:135-42
35. TEMOSHOK L, HELLER B: Introducing the Type C constellation into psychosocial oncology: theory, measurements, and evidence for validity; 1983. Cf. Kneier and Temoshok. Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *J Psychosom Res* 1984;28(2):145-155
36. TEMOSHOK L: Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* 1987;6:545-567
37. KATZ JL, WEINER H, GALLAGHER TG, HELLMAN L: Stress, distress, and ego defenses. *Arch Gen Psychiatry* 1970;23:131-42
38. LAZARUS RS: The costs and benefits of denial. In S Breznitz

- (ed): *The Denial of Stress*. New York: International Universities Press 1983:pp 1-30
39. ROTHMAN AJ, SALOVEY P, TURKEY C, FISHKIN SA: Attributions of responsibility and persuasion: increasing mammography utilization among women over 40 with an internal oriented message. *Health Psychol* 1993;12(1):39-47
40. TURK DC, RUDY TE, SALOVEY P: Health protection: attitudes and behaviors of LPNs, teachers, and college students. *Health Psychology* 1984;3:189-210
41. BAUMANN LJ, LEVENTHAL H: I can tell when my blood pressure is up, can't I? *Health Psychology* 1985;4:203-18
42. LIPOWSKI ZJ: Physical illness, the individual and the coping process. *Internat J Psychiatry in Medicine* 1970-1971;1:91-102
43. MOOS RH (ed): *Coping with Physical Illness*. New York: Plenum 1977
44. BENNER P: *Stress and satisfaction on the job: work meanings and coping of mid-career men*. New York: Praeger 1984
45. COYNE JC, ALDWIN C, LAZARUS RS: Depression and coping in stressful episodes. *J Abnormal Psychol* 1981;90:439-47
46. VITALINO PP, RUSSO J, CARR JE, MAURO RD, BECKER J: The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research* 1985;20:3-26
47. VERISSIMO R: *Inflammatory Bowel Disease: psychological factors* (doctoral thesis). Porto: University of Porto Medical School 1997
48. SARASON IG, SARASON BR, POTTER EH, ANTONI MH: Life events, social support, and illness. *Psychosom Med* 1985;47:156-63
49. UCHINO BN, CACIOPPO JT, KEICOOULT-GLASER JK: The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996;119:488-531
50. HOUSE JS, LANDIS KR, UMBERSON D: Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-45
51. SCHWARZER R, LEPPIN A: Social support and health: a theoretical and empirical overview. *J Soc Pers Rel* 1991;8:99-127
52. SARASON IG, LEVINE HM, BASHAM RB et al: Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:127-39
53. COHEN S, WILLS TA: Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985;98:310-57
54. DUNKEL-SCHETTER C, BENNETT TL: Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support. In: BR Sarason, IG Sarason, GR Pierce (eds), *Social support: an interactional view*. New York: Wiley 1990:pp 267-296
55. PENNEBAKER JW, COLDER M, SHARP LK: Accelerating the coping process. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:528-37
56. SCHUTTE NS, MALOUFF JM, HALL LE et al: Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 1998;25:167-77
57. SALOVEY P, MAYER JD, GOLDMAN SL, TURVEY C, PALFAI TP: Emotional Attention, Clarity, and Repair: Exploring Emotional Intelligence Using the Trait Meta-Mood Scale. In James Pennebaker (ed). *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington DC: American Psychological Association 1995, 1997:pp 125-154
58. VERISSIMO R: Psychopathology and Mental Health in the Mood Structure: retreat, dependence and strength as MAACL measurements. *Arquivos de Medicina* 1996;10(2):140-151
59. ZUCKERMAN M, LUBIN B: *Manual for the MAACL-R. The Multiple Affect Adjective Check List Revised*. San Diego, CA: EdITS - Educational and Industrial Testing Service 1965, 1985
60. SARASON IG, SARASON BR, SHEARIN EN: Social Support as an individual difference variable: its stability, origins and related aspects. *J Pers Soc Psychol* 1986;50:845-55
61. SARASON IG, SARASON BR, SHEARIN EN et al: A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *J Soc Personal Relations* 1987;4:497-510
62. Pennebaker JW: *Emotion, Disclosure, and Health: An Overview*. In JW Pennebaker (ed): *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington: American Psychological Association 1995, 1997:pp 3-10
63. PENNEBAKER JW, HUGHES CF, O'HEERON BC: The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:781-93
64. SCHWARTZ GE, KLINE JP: Repression, Emotional Disclosure, and Health: Theoretical, Empirical, and Clinical Considerations. In JW Pennebaker (ed): *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington: American Psychological Association 1995, 1997:pp 177-93
65. PETRIE KJ, BOOTH RJ, DAVISON KP: Repression, Disclosure, and Immune Function: Recent Findings and Methodological Issues. In JW Pennebaker(ed): *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington: American Psychological Association 1995, 1997:pp 223-37
66. VINGERHOETS A, VAN BUSSEL F, BOELHOUWER J (eds): *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease*. Tilburg: Tilburg University Press 1997
67. VERISSIMO R: *emoção: da (não)expressão na saúde e na doença*. Porto: Medisa / FMUP 2000
68. STONE LA, NIELSON KA: Intact Physiological Response to Arousal with Impaired Emotional Recognition in Alexithymia. *Psychother Psychosom* 2001;70:92-102
69. RADLOFF LS: The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401
70. VERISSIMO R, MOTA-CARDOSO R, TAYLOR G: Relationships between Alexithymia, Emotional Control, and Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Psychother Psychosom* 1998;67:75-80
71. LANE RD, AHERN GL, SCHWARTZ GE, KASZNIAK: Alexithymia: a new neurological model based on a hypothesized deficit in the conscious experience of emotion. In A Vingerhoets, F van Bussel, J Boelhouwer (eds): *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease*. Tilburg: Tilburg University Press 1997:pp 131-8
72. VERISSIMO R: Emotional Intelligence: From Alexithymia to Emotional Control. *Acta Med Port* 2003; 16(6):
73. TAYLOR SE, LICHTMAN RR, WOOD JV: Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *J Personality Social Psychol* 1984;46:489-502
74. AFFLECK G, TENNEN H, PFEIFFER C, FIFIELD J: Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *J Personality Social Psychol* 1987;53:273-79
75. GOLDMAN SL, KRAEMER DT, SALOVEY P: Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom report. *J Psychosom Res* 1996;41(2):115-28