

A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS EMOÇÕES PARA A ANOREXIA NERVOSA

Sandra Torres* & Marina Prista Guerra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto

RESUMO: Estudos desenvolvidos em torno da anorexia nervosa e da alexitimia apontam para a existência de uma relação entre estes dois quadros, sendo de salientar a frequente presença de alexitimia em doentes com patologia alimentar. Apesar de algumas investigações procurarem analisar esta relação, está ainda pouco claro o processo que caracteriza a vivência emocional deste tipo de doentes. Neste trabalho é descrita a construção do *Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa (QAE-AN)*. Este instrumento foi elaborado com base na Teoria Diferencial das Emoções reformulada por Izard (1991) e na caracterização detalhada das emoções primárias nela reconhecidas (interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, angústia, vergonha, tristeza e culpa). Esta medida de avaliação faz referência a situações, comportamentos e pensamentos comuns na anorexia nervosa e como tal poderá contribuir para uma avaliação mais adequada das emoções experienciadas por este tipo de doentes.

Palavras chave: Anorexia nervosa, Alexitimia, Emoções, Instrumento de avaliação.

CONSTRUCTION OF AN ASSESSMENT INSTRUMENT FOR THE EMOTIONS IN ANOREXIA NERVOSA

ABSTRACT: Studies that analyse the relationship between anorexia nervosa and alexithymia suggest a relation between them, pointing out the frequent presence of alexithymic diagnosis in anorexics' subjects. Despite the existence of some investigations around this relation, it's still unclear the anorectic's emotional process. In this article a construction of the *Emotional Assessment Questionnaire for Anorexia Nervosa (QAE-AN)* is described. The Emotions Differential Theory reformulated by Izard (1991) and its primary emotions detailed characterization (interest, joy, surprise, anguish, anger, disgust, contempt, fear, shame, sadness and guilty), were the support of this measure. It includes common anorexia nervosa situations, behaviors and thoughts, contributing to an adequate assessment of the emotions felt by these patients.

Key words: Anorexia nervosa, Alexithymia, Assessment instrument, Emotions.

As perturbações do comportamento alimentar têm surgido com frequência nos contextos clínicos sendo consideradas das doenças mais comuns em adolescentes do sexo feminino (Whitaker, 1992).

A anorexia nervosa caracteriza-se por uma restrição alimentar severa da qual resultam complicações que conduzem a uma significativa morbidez biológica, psicológica e social e que, por vezes, pode até conduzir à própria

* Contactar para E-mail: storrespsi.up.pt

morte. Há evidência de que a incidência da anorexia nervosa aumentou ao longo das últimas décadas em raparigas na faixa etária entre os 15 e os 24 (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). A comunidade científica tem acompanhado o aumento da incidência da doença desenvolvendo vários estudos em torno dos factores etiológicos e da co-morbilidade associada. No entanto, e apesar da significativa quantidade de estudos realizados é ainda pouco claro o “mecanismo” de desenvolvimento da anorexia nervosa e os factores que nela intervêm. Taylor et al. (1997) salientam inclusivamente que se sabe muito pouco sobre as causas desta doença. Segundo estes autores a etiologia multifactorial que é defendida por vários investigadores, e que envolve variáveis biológicas, psicológicas, familiares e sócio-culturais, bem como vulnerabilidades, pode ser válida se for integrada numa perspectiva teórica que conceba a anorexia nervosa como uma desordem ao nível da auto-regulação, sendo a alteração na regulação dos afectos a componente mais saliente. Ou seja, estes autores consideram a diminuição da capacidade cognitiva para processar e regular emoções como um distúrbio regulatório primário das desordens alimentares.

Esta relação entre os problemas alimentares e as emoções não tem, de facto, passado despercebida ao nível das teorias, sendo frequentemente apontada a existência duma forte perturbação na vivência emocional deste tipo de doentes. Nomeadamente a teoria de H. Bruch (1973, cit. in Laquatra & Clopton, 1994), autora de referência no campo das desordens alimentares, associa estas doenças a dificuldades na compreensão e identificação de sensações corporais internas associadas às emoções.

Estes contributos teóricos têm impulsionado os investigadores a estudarem a relação existente entre as perturbações do comportamento alimentar e a alexitimia. A alexitimia é definida como um conjunto de défices cognitivo-afectivos caracterizados por: (a) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; (b) dificuldade em distinguir os sentimentos de sensações corporais decorrentes da actividade emocional; (c) processos imaginativos limitados (poucos sonhos ou fantasias); e (d) estilo cognitivo orientado para o exterior (Taylor, 1994).

A alexitimia é considerada, actualmente, um factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas. No que concerne à anorexia nervosa, embora não se possa afirmar que a alexitimia esteja directamente relacionada com o desejo de emagrecer, existe evidência empírica de que este tipo de doentes apresentam com frequência um quadro alexitímico (Beales & Dolton, 2000; Laquatra & Clopton, 1994; Smith, Amnér, Johnsson, & Franck, 1997; Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996).

Taylor et al. (1996) salientam que desde que foi publicado o estudo preliminar que desenvolveram com mulheres anorécticas, no qual foi detectada a presença de alexitimia em 77,1% da amostra (Bourke, Taylor, Parker, & Bagby, 1992, cit. in Taylor et al., 1996), os estudos que se realizaram seguidamente obtiveram prevalências na ordem dos 48% e os 63%, com esta mesma população.

Estes níveis elevados de alexitimia desafiaram, posteriormente, os investigadores a estudar não apenas a frequência com que este quadro aparece nas perturbações alimentares, mas também as relações existentes entre a alexitimia e as características psicológicas e comportamentais mais comuns nestas perturbações. Laquatra e Clopton (1994) desenvolveram um estudo em contexto universitário, com estudantes do sexo feminino, e concluíram que a dificuldade em identificar sentimentos estava associada à desordem alimentar, mas não se relacionava, no geral, com o pensamento orientado para o exterior e com a ausência de imaginação e fantasia.

Taylor et al. (1996) levaram a cabo um estudo semelhante, mas englobaram na sua amostra um grupo de anorécticas, e os resultados que obtiveram indicaram uma associação positiva entre a alexitimia e vários traços psicológicos e cognitivos característicos de doentes com perturbações alimentares, bem como a inexistência de relação entre a alexitimia e os comportamentos específicos relacionados com o padrão alimentar, o peso e a imagem corporal. Neste estudo foram encontradas também correlações positivas entre a alexitimia e a ineficácia, sugerindo que a alexitimia está relacionada com um sentimento geral de falta de controle sobre a vida.

Estes estudos indicam então que a Alexitimia está relacionada com vários traços psicológicos descritos por Bruch (1962, cit. in Taylor et al., 1997) como sendo factores centrais nas desordens alimentares, em concreto: (a) a dificuldade em reconhecer estados emocionais, (b) a dificuldade em expressar sentimentos e (c) um forte sentimento de ineficácia.

No entanto, Taylor et al. (1997) e Laquatra e Clopton (1994) salientaram a necessidade de se realizarem mais investigações em torno desta relação. Estes autores constataram que muitos dos estudos realizados anteriormente não apresentaram rigor metodológico, na medida em que utilizaram instrumentos sem propriedades psicométricas aceitáveis para a avaliação da Alexitimia e para a clarificação dos problemas alimentares dos sujeitos.

Bruch (1985, cit. in Taylor et al., 1997) reforçou também a importância da realização destes estudos referindo que os resultados que destes adviessem poderiam conduzir a uma mudança significativa na intervenção psicológica nas desordens alimentares; mudança esta que parece necessária, a avaliar pelos elevados índices de reincidência associados à doença. De acordo com as suas investigações esta autora recomendou uma abordagem terapêutica que facilitasse a consciencialização e a identificação de sentimentos e impulsos (Bruch, 1962, 1982-1983, cit. in Taylor et al., 1996).

Beales e Dolton (2000) reconheceram, igualmente, as implicações que a presença da alexitimia poderia ter no curso dos distúrbios alimentares, salientando o longo percurso existente até ao seu conhecimento na globalidade. Para reforçar esta ideia os autores desenvolveram um estudo com o objectivo de comparar os traços de personalidade e o grau de alexitimia num grupo de mulheres com distúrbios alimentares activos (anorexia nervosa e bulimia

nervosa) e num grupo de mulheres recuperadas destas perturbações. Os resultados obtidos enfatizaram a diferença existente entre estas duas amostras, apresentando o grupo de mulheres com a patologia alimentar activa valores mais elevados de solidão, introversão e alexitimia. Beales e Dolton (2000) sugeriram que era essencial e urgente que se examinasse e se avaliasse eficazmente os sintomas e as necessidades destas doentes para que fosse possível dar uma resposta terapêutica mais apropriada.

Taylor (1994) salientou, a este propósito, que ser alexitímico poderia estar associado a uma maior dificuldade no tratamento do distúrbio alimentar, vincando desta forma a importância da intervenção ao nível dos sentimentos e das emoções e a prévia investigação em torno destas áreas.

É no cruzamento entre estes dados dos estudos, e fundamentalmente da reconhecida associação entre o distúrbio alimentar e a área emocional, que nasce a necessidade de criar um instrumento para avaliação desta vertente em doentes anorécticos.

Breves considerações sobre as emoções

A emoção, concebida como uma motivação para a cognição e para o comportamento, é considerada como sendo primordial no desenvolvimento humano facilitando o funcionamento e a organização de vários sistemas orgânicos (Izard, 1984). Apesar do estudo das emoções se ter desenvolvido recentemente no campo da psicologia, existem já alguns cientistas que as consideram como o principal sistema motivacional do ser humano (Izard, 1991).

Uma emoção é definida como a integração de conjuntos particulares de processos neuroquímicos, motores e mentais. Considera-se que os processos neuroquímicos de uma dada emoção têm algumas características estruturais subjacentes que os distinguem de qualquer outra. Esta evidência, por sua vez, é assinalada por representações motoras e mentais também elas específicas e únicas (Izard, 1984, 1991). A definição de emoção faz referência a uma componente expressiva/motora mas também inclui a componente experiencial, uma vez que as alterações no sistema nervoso que conduzem à vivência das emoções são desencadeadas por acontecimentos externos ou internos (Izard, 1991).

As emoções são fenómenos psicofisiológicos breves que têm um cariz adaptativo em relação às mudanças do meio. Em termos psicológicos as emoções alteram a atenção, mudam certos comportamentos nas hierarquias de resposta, e activam redes associativas relevantes na memória. As emoções influenciam directamente as percepções através dos sentidos, afectando os processamentos de informação e as acções subsequentes. O comportamento humano é assim fortemente determinado pelas emoções (Damásio, 1995; Izard, 1991; Levenson, 1994).

No que concerne a alterações fisiológicas, as emoções rapidamente organizam as respostas de diferentes sistemas biológicos tais como a expressão facial, o tónus muscular, a voz, a actividade do sistema nervoso autónomo e a actividade endócrina. Estas alterações visam produzir, em termos corporais, as melhores condições para uma resposta eficaz (Izard, 1991; Levenson, 1994).

As emoções têm ainda uma outra função para além da estabilização do indivíduo relativamente ao meio: elas compilam influências inatas e influências resultantes da aprendizagem, da evolução e da cultura, diferenças estas susceptíveis de produzirem uma considerável variação entre os indivíduos e os grupos.

Em síntese, considera-se que as emoções exercem uma influência marcante na vivência do ser humano, influenciando vários aspectos do funcionamento biológico, psicológico e social.

É de realçar que este pressuposto de que as emoções interagem com as várias dimensões do funcionamento humano tem-se estendido a diferentes estudos e teorias que procuram especificar o seu verdadeiro papel e delimitar o seu campo de influência. O estudo da identidade e da personalidade e a sua relação com as emoções surge neste seguimento. Com Kohut (1977, cit. in Haviland & Kahlbaugh, 1993), autor que relacionou o desenvolvimento do narcisismo com a distorção e a negação de emoções, emergiu o interesse pelo estudo das emoções na formação, mudança e manutenção da identidade. Hoje considera-se que as emoções e a identidade interagem fornecendo informações uma da outra e levando a interpretações tanto ao nível pessoal como conceptual.

A personalidade, por sua vez, parece também estar relacionada com as emoções. Apesar de não haver um considerável desenvolvimento teórico e empírico no que concerne à relação entre emoção, cognição, acção e personalidade, considera-se que os afectos¹ têm um papel central na organização do funcionamento do indivíduo. A dificuldade na compreensão do seu verdadeiro papel reside, por um lado, na grande diversidade de afectos que podem ser experienciados numa situação específica, e por outro lado, na natureza complexa e multideterminada da relação existente entre os afectos e outras áreas da organização da personalidade (Pervin, 1993).

Face à ampla influência das emoções na vivência humana, a qual Izard (1991, p. 20) claramente retractou com a expressão “*Your emotions affect your body, mind, and virtually every aspect of your existence*”, é reforçado o interesse do estudo desta área em indivíduos cujo funcionamento biológico, psicológico e social apresente sérias perturbações. Neste enquadramento a avaliação emocional de doentes anorécticos torna-se também ela pertinente.

O objectivo do presente estudo é o desenvolvimento conceptual e o desenvolvimento de itens para um questionário de avaliação das emoções na anorexia nervosa.

¹ Termo geral, não específico, mais global relativamente ao termo “emoção”, que inclui todos os estados e processos motivacionais antecedentes. O domínio dos afectos inclui emoções básicas, padrões de emoções, impulsos e as interações entre eles.

CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS EMOÇÕES PARA A ANOREXIA NERVOSA (QAE-AN)¹

Racional teórico de base

As emoções, na medida em que se caracterizam por estados complexos que envolvem experiências subjectivas, podem ser inferidas a partir de vários tipos de evidências tais como relatos subjectivos, manifestações comportamentais, comportamentos direccionados para determinados objectivos, alterações fisiológicas, medidas projectivas, questionários, entre outros. Para se poder escolher os indicadores que poderão actuar como medida de avaliação das emoções num determinado estudo é fundamental ter como base um modelo teórico que explicita qual a relação entre o estado designado por “emoção” e esses mesmos indicadores (Plutchik, 1989).

Para a construção do “*Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa*” (QAE-NA) foi aprofundada a Teoria Diferencial das Emoções (TDE) reformulada por Izard. Esta teoria, desenvolvida inicialmente por Tomkins e Izard (1965) apresenta como mais valia uma visão global das emoções. De acordo com Queirós (1997), os referidos autores interrelacionaram as emoções com o processamento de informação, as cognições e a consciência (nomeadamente a percepção e consciencialização das sensações corporais). O ponto de partida central desta teoria é que as emoções constituem o principal sistema motivacional da cognição e da acção humana. Contrariamente às teorias que consideram que as emoções existem em função de avaliações perceptuais-cognitivas prévias de situações-estímulo, a TDE enfatiza a interacção entre a emoção e a percepção-cognição.

Esta teoria foi posteriormente reformulada por Carrol Izard, sendo acrescentadas características sistémicas que a tornaram mais abrangente e completa. Segundo esta autora, as emoções constituem um subsistema da personalidade, sendo que esta resulta da complexa interacção de seis grandes sistemas: homeostático, pulsional, emocional, perceptivo, cognitivo e motor (Izard, 1991; Queirós, 1997).

O sistema homeostático inclui os sistemas endócrino e cardiovascular e auxilia o sistema emocional a regular e sustentar as emoções uma vez activadas. Este sistema, juntamente com o sistema pulsional² constituem os dois primeiros responsáveis pela sobrevivência biológica do ser humano. O sistema cognitivo caracteriza-se como sendo o principal sistema de comunicação e, por conseguinte, o sistema motor define-se como o principal sistema de acção. Neste contexto o sistema das emoções é considerado o principal sistema motivacional pois compete-lhe a ele ampliar os sinais emitidos pelas pulsões e

¹ Instrumento elaborado no âmbito da investigação para obtenção do grau de doutor.

² Inclui as pulsões como a fome, a sede e o sexo. Estas caracterizam-se por estados motivacionais que, apesar de possuírem algumas das características das emoções, são mais limitadas no *timing* da ocorrência e na liberdade de alternativas para a sua satisfação (Izard & Buechler, 1980).

reagir à informação processada pelo organismo (em função de impulsos internos ou estímulos externos), motivando e dando sentido ao comportamento do sujeito. As emoções organizam, motivam e orientam, ainda, a percepção e o pensamento (Queirós, 1997).

De acordo com a TDE existem emoções que são fundamentais para a motivação humana: as *emoções primárias*. Estas emergem cedo no desenvolvimento do indivíduo, são inatas e transculturais, e permanecem como uma parte estável no leque das emoções humanas (Dougherty, Abe, & Izard, 1996; Izard & Buechler, 1980). Elas são consideradas independentes, pois apesar de serem frequentemente activadas pela avaliação ou interpretação cognitiva, operam também em resposta a outros activadores não cognitivos (e.g. alterações nos níveis hormonais, antecipação à dor).

Estas emoções são definidas, segundo esta teoria, como processos complexos com aspectos neuronal/avaliativo, neuromuscular/expressivos e experienciais.

O primeiro aspecto traduz as estruturas envolvidas no processo de avaliação sensorial dos estímulos internos e externos. Esta componente activa processos que conduzem a aspectos experienciais e expressivos das emoções.

O aspecto expressivo refere-se aos padrões faciais, gestuais e vocálicos que são avaliados socialmente. Este aspecto também contribui para a activação e regulação da experiência subjectiva da emoção através de processos de feedback sensorial.

O aspecto experiencial refere-se à qualidade do estado de consciência que inclui a motivação para a experiência ou a experiência com significado imediato para a pessoa, e pode activar cognições específicas (Dougherty et al., 1996; Izard, 1991; Izard & Buechler, 1980).

Apesar destes três aspectos das emoções estarem altamente inter-relacionados, eles devem ser encarados como tendo funcionamentos distintos, uma vez que o processo desenvolvimental pode diferir nestes três aspectos (Dougherty et al., 1996). Assim, cada emoção primária/básica tem uma tendência motivacional única, uma organização neuronal particular, configurações expressivas distintas e propriedades experienciais específicas (Izard, 1991).

A TDE defende que a consciência é organizada pelas emoções primárias que direccionam os processos sensoriais, perceptivos e cognitivos (Izard & Buechler, 1980).

As 11 emoções primárias são o interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, angústia, vergonha, culpa e tristeza (tendo sido esta última acrescentada posteriormente). Apesar de nenhuma destas experiências poder ser categorizada como eminentemente *positiva* ou *negativa*, uma vez que os seus efeitos e as suas causas dependem de aspectos intraindividuais e da interacção entre o indivíduo e o meio, frequentemente classifica-se, por conveniência, as emoções como *positivas* ou *negativas* de acordo com a menor ou maior probabilidade, respectivamente, de acarretarem consequências

indesejáveis para o sujeito. Como *positivas* são consideradas o interesse, a alegria, e a surpresa, e como *negativas* são consideradas as restantes oito emoções (Izard, 1991; Izard & Buechler, 1980). Segundo Izard (1991) o mais correcto seria afirmar que existem algumas emoções que tendem a conduzir a uma entropia psicológica e outras que tendem a facilitar um comportamento construtivo e organizativo.

Vejamos seguidamente, de acordo com Izard (1991), Izard e Buechler (1980) e Queirós (1997) uma breve descrição das características gerais de cada emoção primária e das suas principais causas.

O *interesse* motiva a aprendizagem, o desenvolvimento de competências e o envolvimento do ser humano no meio. As causas desta emoção são inúmeras, variando com as características da pessoa, nomeadamente a personalidade e a idade. No geral, o grande desencadeador desta emoção é a novidade da situação, podendo também estar na base a atenção e a curiosidade em relação a algo. O interesse aparece frequentemente associado a outras duas emoções primárias: a alegria e a surpresa.

A emoção *alegria* é caracterizada por um sentido de confiança e contentamento que pode ocorrer durante uma fantasia, um sonho ou quando o indivíduo se encontra em estado de alerta. Ela pode ser desencadeada por diferentes causas desde a satisfação de necessidades básicas, ao sucesso, à competência em certas tarefas, e mesmo ao desaparecimento de determinadas dificuldades. A alegria está associada essencialmente ao interesse.

Quanto à *surpresa* esta caracteriza-se por um estado transitório, tipicamente relacionado com um acontecimento súbito e inesperado, que momentaneamente domina a consciência. Esta emoção é desencadeada por uma inovação ou um aumento súbito na estimulação e está associada a situações agradáveis. A sua principal função é preparar o sujeito para algo novo. Quando a situação é desagradável, a surpresa surge frequentemente associada ao medo.

A *cólera*, por sua vez, é frequentemente estimulada por um sentimento de restrição física ou psicológica que constitui um obstáculo que impede o indivíduo de atingir os seus objectivos. Pode ainda ser desencadeada por outras situações como a estimulação desagradável ou aversiva (e.g. dor), a existência de cenas moralmente negativas ou o facto do indivíduo ter sido alvo de uma ofensa ou injustiça. A cólera pode surgir associada à vergonha (após a expressão da cólera), ao nojo e ao desprezo (se as situações são avaliadas como frustrantes), à tristeza e à vergonha (em situações de desapontamento ou insucesso) e também à tristeza, à culpa e ao medo.

Relativamente ao *nojo*, este pode ser uma resposta a algo físico ou psicologicamente deteriorado. Parece, no entanto, ter uma dimensão psicológica reduzida remetendo para algo mais instintivo e neuroquímico. Quanto às causas, do ponto de vista físico os alimentos parecem ser potenciais desencadeadores, e do ponto de vista psicológico, registam-se as situações ou os indivíduos moralmente aversivos. Esta emoção associa-se mais frequente-

mente ao desprezo e à cólera e pode associar-se também à tristeza, facto este que é bastante comum na anorexia nervosa.

O *desprezo* é uma emoção associada ao sentimento de superioridade que pode conduzir a um tipo de comportamento agressivo que pode ser direccionado para um alvo despersonalizado. É a emoção mais associada aos preconceitos, remetendo para uma dimensão moral. O desprezo constitui, juntamente com a cólera e o nojo, a *tríade da hostilidade*.

No que concerne ao *medo*, esta é uma emoção particularmente negativa, experienciada como apreensão, incerteza e sensação de ameaça ou perigo para a integridade pessoal. Neste sentido, o medo desempenha um papel importante em termos adaptativos na medida em que permite ao indivíduo actuar no sentido de reduzir esta ameaça. Em termos fisiológicos considera-se que as necessidades básicas podem desencadear medo (e.g. dificuldade em respirar). Conhecem-se ainda outras causas tais como o medo de ser abandonado, a aproximação rápida de alguém, e ainda situações que despertam medo por antecipação, como o medo de perder o controle (que aliás é bastante comum na anorexia nervosa), o medo de falhar e o medo do sucesso. Em termos de associações com outras emoções estas podem ser várias: com a surpresa (essencialmente se for uma surpresa desagradável), com a alegria (ao sentir alívio após o medo), com o interesse (por explorar uma situação nova), e com a culpa (em relação a determinado acto).

A *angústia* remete para um estado de apreensão e preocupações difusas sem causas específicas. Caracteriza-se por um medo menos intenso mas prolongado no tempo. Esta emoção está claramente associada ao medo.

A *vergonha* é sentida como uma sobre-exposição de aspectos vulneráveis do self e uma marcante auto-consciência relativamente à inadequação de uma acção específica. Ela é desencadeada apenas em situações que têm significado para o sujeito. Esta emoção pode estar associada ao medo, à cólera, à culpa, ao nojo (como forma de disfarçar a expressão da vergonha) e ao desprezo (por ter demonstrado sentir vergonha).

Quanto à *tristeza*, esta é a emoção negativa mais comum e pode incluir sentimentos de solidão, desânimo, rejeição e insatisfação pessoal. As causas mais frequentes são a separação física ou psicológica e o insucesso. Esta emoção parece estar associada à culpa, à cólera, ao medo e à vergonha (por expressar a tristeza).

Por último, a *culpa*, que se define como uma emoção associada à responsabilidade pessoal pela violação de regras internas. Caracteriza-se pela sensação de ter cometido um acto reprovável, como por exemplo ter desrespeitado algo ou alguém, ter transgredido valores anteriormente aceites ou ter perdido justamente a confiança de alguém. A culpa pode estar associada ao medo, à vergonha e à cólera.

Estas emoções, apesar de serem consideradas por Izard como sendo independentes, foram agrupadas pela própria autora no seguimento dos seus

estudos que concluíram que elas ocorrem frequentemente em simultâneo. Segundo Queirós (1997), as dimensões definidas designam-se por Adaptação Social Positiva (interesse e alegria), Expectativa (surpresa e angústia), Tríade da Hostilidade (cólera, nojo e desprezo), Fuga (medo) e Responsabilização (vergonha e culpa).

Objectivos do QAE-AN

Uma das escalas mais comuns na avaliação da alexitimia é a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20; Prazeres, Parker, & Taylor, 2000; Veríssimo, 2001). Esta escala permite apenas identificar a presença de dificuldades emocionais através do aprofundando de situações comportamentais/emocionais que são expostas ao sujeito e em relação às quais o próprio deve manifestar o seu grau de concordância, numa escala Tipo Likert entre “*discordo totalmente*” a “*concordo totalmente*”, com cinco níveis de resposta.

No sentido de avaliar mais detalhadamente a área emocional em doentes com anorexia nervosa foi elaborado um questionário com o objectivo de analisar: (a) a capacidade de experienciar de emoções; (b) a capacidade de identificação de emoções, (c) a intensidade da vivência das emoções e; (d) a variabilidade de emoções sentidas. Este questionário permite também especificar, em relação aos doentes anorécticos, que emoções são sentidas com maior e menor frequência e o tipo e intensidade das emoções despoletadas por diferentes estímulos/situações, nomeadamente situações consideradas comuns no curso da doença. Estas informações poderão clarificar o processo segundo o qual o distúrbio alimentar e a perturbação na regulação das emoções interagem, e orientar relativamente aos conteúdos temáticos a abordar numa futura intervenção psicológica.

Pela pesquisa teórica efectuada sobre a associação da alexitimia com a anorexia nervosa só é possível concluir que existe frequentemente um défice na expressão emocional genérica dos doentes com este tipo de patologia alimentar. Assim, através do QAE-AN pretende-se analisar esse défice na globalidade, mas sobretudo na especificidade da vivência do distúrbio alimentar.

Coloca-se a hipótese da alexitimia estar mais presente quando relativa aos acontecimentos do dia-a-dia, mas assumir uma expressão e intensidade mais próximas do normal no que toca à vivência da doença indiciando, assim, que a experiência emocional está essencialmente canalizada para a anorexia nervosa.

Descrição do QAE-AN

O QAE-AN é composto por duas partes distintas. A **Parte I** do instrumento é formada por duas secções (A e B). A *secção A* é composta por uma mini-escala na qual os sujeitos devem indicar a frequência, numa escala tipo Likert (5 pontos; de “*nunca*” a “*quase sempre*”), com que ocorre cada uma das 10 situações

descritas. As questões colocadas equacionam-se no diagnóstico da alexitimia, mas são abordadas de uma forma diferente da TAS-20 (e.g. *Quando me sinto mal ou tenho algum problema procuro os meus amigos para desabafar*). É esperado, portanto, que estas duas escalas se correlacionem.

A mini-escala do QAE-AN apresenta sobretudo a vantagem de ser mais breve e direccionada para aspectos específicos da anorexia nervosa, como sejam a “consciência interoceptiva” e a “desconfiança interpessoal”¹, bem como a dificuldade de identificação de sensações corporais. Relativamente a este último aspecto, optou-se por uma abordagem mais explícita, contemplando sensações corporais específicas. Assim, enquanto na TAS-20 uma das questões é “*fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo*”, nesta mini-escala questionam-se sensações concretas através dos itens “*consigo identificar a sensação de fome*” e “*consigo identificar sensações corporais como: sono, cansaço, nervosismo, relaxamento*”.

A *secção B* procura identificar a frequência com que a pessoa sente as 11 emoções primárias definidas por Izard, permitindo avaliar se a predominância é nas emoções “positivas” ou nas “negativas”.

A **Parte II** do QAE-AN foi elaborada com base nos estudos de Queirós (1997). Esta autora desenvolveu uma escala (EESC-96) para avaliar as emoções sentidas face a um determinado estímulo, partindo da “*Differential Emotion Scale*” (DES; Izard, 1991, cit. in Queirós, 1997). A construção da segunda parte do QAE-AN baseou-se na estrutura da escala proposta por Queirós (1997) para o registo das emoções sentidas face a um estímulo visual apresentado. Porém os estímulos que são utilizados no QAE-AN diferem significativamente dos utilizados por esta autora, uma vez são estímulos descritivos de situações, ao invés de estímulos visuais, facilitando, deste modo, a sua aplicabilidade.

No total, esta Parte II é constituída por 28 estímulos em relação aos quais os sujeitos devem identificar a emoção que associam. Como opção de resposta os sujeitos têm: “*não sinto nada*” e “*sinto...*”; neste último caso as pessoas devem ainda assinalar a emoção que lhes parece ser mais marcante e a intensidade com que a sentem.

A opção “*não sinto nada*” representa um indicador da dificuldade de experienciar emoções. Por sua vez, a análise geral das emoções escolhidas na globalidade dos estímulos poderá revelar uma tendência para a escolha de certas emoções, registando-se uma menor variabilidade a este nível. A intensidade, por conseguinte, constitui um indicador da capacidade de sentir e reconhecer emoções.

Um dos aspectos mais salientes da experiência emocional é, de facto, a variação da intensidade das emoções. Esta variação está fortemente associada à experiência subjectiva dos sujeitos, ou seja, à forma como as situações que induzem as emoções são avaliadas pelo indivíduo. Ortony, Clore, e Collins

¹ Características psicológicas comuns na anorexia nervosa e que se correlacionaram fortemente com a TAS-20 nos estudos de Laquatra e Clopton (1994) e Taylor et al. (1996).

(1988, cit. in Clore, 1994) consideram que estas avaliações são efectuadas de acordo com três estruturas cognitivas: (a) a importância de certos objectivos particulares, (b) a relevância de determinados padrões e (c) as atitudes que são valorizadas pelo sujeito. O conceito de intensidade emocional está ainda associado à duração e à amplitude da reacção emocional.

Neste sentido, e de modo a realçar estas três estruturas cognitivas, foram incluídos no questionário estímulos referentes a objectivos, padrões e atitudes comuns na anorexia nervosa. Foram também definidos “*estímulos de controlo*”, fazendo referência a situações genéricas, não directamente associadas à patologia alimentar. Assim, dos 28 estímulos que constituem a Parte II do QAE-AN, 11 estímulos referem-se a situações gerais do dia-a-dia, 11 estímulos fazem referência a situações directamente ligadas à anorexia nervosa, e 6 estímulos são para despiste do objectivo do questionário. A inclusão destes dois tipos de estímulos (situações genéricas e situações comuns na anorexia) permite discriminar possíveis diferenças significativas nos anorécticos relativamente à intensidade e à escolha das emoções sentidas, particularmente no que diz respeito à capacidade de as experienciar e identificar nos diferentes contextos.

À excepção dos estímulos de despiste, todos os estímulos foram seleccionados com o intuito de suscitar preferencialmente uma emoção. Ou seja, procurou-se encontrar para cada emoção primária dois estímulos potencialmente desencadeadores (um fazendo referência a uma situação genérica e outro associado à anorexia nervosa), partindo das potenciais causas/desencadeadores de cada emoção primária, descritas por Izard (1991), e que foram desenvolvidas anteriormente. Por exemplo, relativamente à emoção “*nojo*” escolheu-se como estímulo genérico “*Quando entro num local sujo...*”, e como estímulo associado à anorexia nervosa “*Quando olho para uma mesa com bastante comida...*”.

No entanto, é de salientar que apesar de cada estímulo procurar despoletar uma emoção específica, tal poderá não acontecer em todos os sujeitos, podendo ser estimulada outra emoção primária que esteja associada ou mesmo uma emoção que não seja adequada à situação.

As 28 questões figuram continuamente no questionário (sem subtítulos e constituem toda a Parte II), estando intercalados os estímulos genéricos com os estímulos de despiste e os estímulos que estão associados à anorexia nervosa.

Actualmente o QAE-AN encontra-se em fase de avaliação das propriedades psicométricas.

REFERÊNCIAS

- Beales, D.L., & Dolton, R. (2000). Eating disordered patients: personality, alexithymia, and implications for primary care. *British Journal of General Practice*, 50(450), 21-26.
- Clore, G.L. (1994). Why Emotions vary in Intensity. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion* (pp. 386-393). New York: Oxford University Press.

- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Dougherty, L.M., Abe, J.A., & Izard, C. (1996). Differential Emotions Theory and Emotional Development in Adulthood and Later Life. In C. Magai & S.H. McFadden (Eds.), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging* (pp. 27-41). U.S.A: Academic Press
- Haviland, J.M., & Kahlbaugh, P. (1993). Emotion and Identity. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 327-340). New York: The Guilford Press.
- Izard, C.E. (1984). Emotion-cognition relationship and human development. In C.E. Izard, J. Kagan, & R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, Cognition, and Behavior* (pp. 17-37). New York: Cambridge University Press.
- Izard, C.E. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C.E., & Buechler, S. (1980). Aspects of Consciousness and Personality in Terms of Differential Emotions Theory. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, Research, and Experience* (vol. 1, pp. 165-187). New York: Academic Press, Inc.
- Laquatra, T.A., & Clopton, J.R. (1994). Characteristics of Alexithymia and Eating Disorders in College Women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 373-380.
- Levenson, R.W. (1994). Human Emotions: A Functional View. In P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.
- Pervin, L.A. (1993). Affect and Personality. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 301-311). New York: The Guilford Press.
- Plutchik, R. (1989). Measuring Emotions and Their Derivatives. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, Research, and Experience* (vol. 4, pp. 1-31). New York: Academic Press, Inc.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 9 (1), 9-21.
- Queirós, C. (1997). *Emoções e comportamento desviante, um estudo na perspectiva da personalidade como sistema auto-organizador*. Tese de Doutoramento apresentada à F.P.C.E.U.P.
- Smith, G.J., Amnér, G., Johnsson, P., & Franck, A. (1997). Alexithymia in Patients with Eating Disorders: An investigation using a new projective technique. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 247-256.
- Taylor, G.J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualisation, validation and relationship with basic dimensions of personality. *New trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10(2/94), 61-74.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., Parker, J.D., Bagby, R.M., & Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Tomkins, S., & Izard, C. (1965). *Affect, cognition and personality: Empirical studies*. New York: Springer.
- Veríssimo, R. (2001). Versão portuguesa da escala de alexitimia de toronto de 20-itens-I: Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 529-536.
- Whitaker, A.H. (1992). An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications for pediatricians. *Pediatric Annals*, 21, 752-759.