

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Índice.....	VI
Lista de Tabelas	VIII
Capítulo 1: A Psoríase	9
1.1. Introdução	10
1.2. Psoríase Aspectos Gerais	11
1.3. Tipos de Psoríase	12
1.4. Co-morbilidade.....	14
1.5. Impacto na qualidade de vida.....	14
1.6. Psicopatologia na Psoríase	16
1.6.1. Depressão e Psoríase	19
1.6.2. Ansiedade e Psoríase	20
1.7. Stress e Psoríase.....	20
1.7.1. Stress no desencadeamento da Psoríase	21
1.7.2. Stress no agravamento da Psoríase.....	23
Capítulo 2: Metodologia.....	25
2.1. Objetivos	26
2.2. Amostra.....	27
2.2.1. Seleção da Amostra.....	27
2.2.2. Caracterização da Amostra	28
2.3. Instrumentos	32
2.3.1. Ficha Sociodemográfica e Clínica	32
2.3.2. SAPASI – Índice autoadministrado da área e severidade da psoríase.....	33
2.3.3. PDI- Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase.....	34
2.3.4. BSI- Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos.....	34
2.4. Procedimento.....	37
2.4.1. Recolha de dados	37
2.4.2. Tratamento de dados.....	37
Capítulo 3: Resultados	38
3.1. Descrição dos resultados	39

3.1.2. Resultados BSI	39
3.1.3. Relação entre severidade da doença e sintomatologia psicopatológica.....	40
3.1.4. Relação entre localização das lesões psoriáticas com a sintomatologia psicopatológica.....	41
3.1.5. Relação entre qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica	41
3.1.6. Relação entre tempo de diagnóstico e sintomatologia psicopatológica.....	42
3.1.7. Relação entre gravidade da doença e sintomatologia psicopatológica.....	43
3.1.8. Relação entre incómodo da doença e sintomatologia psicopatológica.....	43
3.1.9. Relação entre comportamentos de saúde e sintomatologia psicopatológica	44
Capítulo 4: Discussão dos Resultados	46
4.1. Objetivos do Estudo.....	47
4.2. Resultados	48
4.3. Conclusão	51
Bibliografia	52
Anexos	58

Lista de Tabelas

Tabela 2.1: Descrição da Amostra – dados demográficos.....	29
Tabela 3.1: Comparação da consistência interna valores globais para as nove escalas (de α de Cronbach), em doentes com psoríase com o estudo da adaptação à população portuguesa.....	39
Tabela 3.2: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e severidade da doença.....	40
Tabela 3.3: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e localização das lesões.....	41
Tabela 3.4: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida.....	42
Tabela 3.5: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e incómoda da doença.....	43
Tabela 3.6: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e comportamentos de saúde.....	44

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Vera Almeida pela sua total disponibilidade e compreensão, por me guiar nos momentos em que mais precisei, e sobretudo pela sua paciência em esclarecer as minhas dúvidas.

À Professora Mestre Ana Teixeira pela sua ajuda e em especial pelas suas palavras de encorajamento.

Aos meus colegas que fizeram parte de um projeto fantástico, ao Cristiano pelo companheirismo e bom humor, à Sofia pelo carinho e sorrisos.

À PsoPortugal pela ajuda no recrutamento de pessoas portadores de psoríase.

A todas as pessoas que participaram no estudo, e/ou que estiveram envolvidas direta ou indiretamente no estudo.

À Anita pelas horas de escuta e pelas palavras de encorajamento quando mais necessitei.

Ao Pedro pela paciência constante e por ser a pessoa especial que é para mim.

A toda a minha família em especial às minhas irmãs pelo encorajamento constante, pelas palavras carinhosas e por todo o amor.

Aos meus pais pela retaguarda e pelo amor incondicional, sem eles não teria sido possível.

Resumo

A Psoríase é uma doença inflamatória e crónica da pele com manifestações clínicas e gravidade variáveis. Estima-se que 1 a 3% da população mundial seja afetada pela doença (Kurd et al., 2010). Tal como todas as doenças crónicas, a psoríase tem efeitos na qualidade de vida, social, emocional e profissional dos doentes, contudo a psoríase, ainda tem recebido pouca atenção na investigação.

Em Portugal poucos estudos foram elaborados com a população portadora de psoríase, por esse motivo procurou-se explorar a sintomatologia psicopatológica em doentes psoriáticos. A amostra do estudo é constituída por 228 participantes, 114 do sexo masculino e 111 do sexo feminino, recrutados com a colaboração da PsoPortugal. Todos os participantes completaram um protocolo com instrumentos para avaliar: características demográficas e clínicas, índice de severidade da doença, índice da gravidade da doença e sintomatologia psicopatológica. Os principais resultados mostram que: (1) os participantes apresentam outras doenças associadas à psoríase, comorbilidade da psoríase, sendo que cerca de 49.1% dos participantes responderam positivamente para outras doenças; (2) mais de metade da amostra indicou presença de psoríase na família ($M = 57\%$); (3) cerca de 40,4%, referiram ter sido diagnosticados com ansiedade ou depressão; (4) os participantes com maior severidade da doença apresentam valores superiores de somatização e hostilidade; (5) os participantes com lesões localizadas na face apresentam valores significativos nas dimensões hostilidade, obsessão compulsão, somatização e ansiedade fóbica.

Concluimos que os resultados alcançados constituem um contributo para a terapêutica psicológica em portadores de psoríase, nomeadamente por indicarem que estes apresentam níveis de ansiedade, depressão, somatização elevados, bem como alguns indicadores gerais de hostilidade (inadaptação à doença).

PALAVRAS CHAVE. Psoríase. Sintomatologia psicopatológica. Estudo exploratório.

Capítulo 1: A Psoríase

- 1.1. Introdução
- 1.2. Psoríase Aspectos Gerais
- 1.3. Tipos de Psoríase
- 1.4. Co-morbilidade
- 1.5. Impacto na Qualidade de Vida
- 1.6. Psicopatologia na Psoríase
 - 1.6.1 Depressão e Psoríase
 - 1.6.2. Ansiedade e Psoríase
- 1.7 Stress e Psoríase
 - 1.7.1 Stress no desencadeamento da Psoríase
 - 1.7.2 Stress no agravamento da Psoríase

1.1. Introdução

A Psoríase é uma doença inflamatória e crónica da pele com manifestações clínicas e gravidade variáveis.

A psoríase, causa limitações funcionais e repercussões na qualidade de vida, principalmente quando esta é considerada moderada ou grave. Os sintomas relacionados com a psoríase como a vermelhidão, a espessura e a descamação comprometem as atividades quotidianas e os relacionamentos sociais principalmente quando há exposição parcial ou total do corpo (McKenna et al., 2003; Martins et al., 2004).

As células que originam a pele têm uma ligação muito próxima com as células nervosas. Verifica-se que muitas doenças da pele têm alguma relação com o estado emocional da pessoa (Steiner & Perfeito, 2003). A aparência da pele pode causar ansiedade, baixa autoestima, timidez, e por consequência pode levar ao isolamento social, à restrição de atividades sociais, pode ainda influenciar negativamente os relacionamentos afetivos e sexuais (Mckenna et al., 2003), bem como afetar a saúde mental (Schmitt & Ford, 2007).

Como tal consideramos de grande relevância a realização deste estudo, porque encontramos poucos trabalhos em Portugal dedicados à exploração das repercussões psicológicas da psoríase, esta investigação pretende contribuir para uma maior compreensão da sintomatologia psicopatológica na psoríase. Para contextualizar esta investigação o primeiro capítulo desta tese analisa os aspetos clínicos da doença, nomeadamente alguns tipos de psoríase, elaboramos ainda uma revisão da literatura no que diz respeito à comorbilidade da psoríase, ao seu impacto na qualidade de vida e à sintomatologia psicopatológica. No segundo capítulo descrevemos a metodologia da investigação. A apresentação dos resultados é realizada no terceiro capítulo. No quarto e último capítulo discutimos os resultados e refletimos ainda sobre possíveis contribuições deste estudo e futuras investigações.

1.2. Psoríase Aspectos Gerais

A Psoríase é uma doença inflamatória e crónica da pele com manifestações clínicas e gravidade variáveis. Do ponto de vista clínico a psoríase caracteriza-se pela chamada placa psoriática, que apresenta três elementos: eritema, infiltração e descamação. O percurso da doença é crónico e imprevisível, bem como as exacerbações e remissões dos sintomas. Estima-se que 1 a 3% da população mundial seja afetada pela doença (Kurd et al., 2010). Apesar de ainda a causa ser desconhecida, a doença está associada à predisposição genética. Um terço dos doentes portadores de psoríase refere que algum familiar é portador da doença (Christophers & Mrowietz, 1999). No que diz respeito ao género, a psoríase afeta ambos os sexos, em qualquer idade, embora sejam mais comum que a doença surjam entre os 20 e 40 anos (Devrimci-Ozguven et al., 2000; cit in Mease & Menter, 2006; Naldi & Gambini, 2007; Henseler & Christophers, 1985) O início da psoríase observa-se com mais frequência no adulto jovem do que noutras idades e afeta igualmente ambos os sexos. É frequente a coincidência de fatores desencadeantes gerais e locais como: doenças infecciosas agudas, stress psíquico, estilo de vida, perdas ou acontecimentos de vida, traumatismo, álcool, drogas...

Os sintomas da psoríase, como a espessura, a descamação e a vermelhidão, produzem para além do desconforto físico, desconforto social principalmente em situações nas quais há exposição parcial ou total do corpo (Ginsburg & Link, 1988; Picardi & Abeni, 2001). Em geral, indivíduos com psoríase tendem a evitar situações sociais que envolvam uma maior exposição do corpo. A relutância em participar em situações sociáveis é tanto maior quanto maior a extensão ou a severidade das lesões, ou quando a área do corpo atingida é visível (cabeça, pescoço, mãos) e a duração da doença é mais prolongada ou ainda em indivíduos mais jovens (Mingnorange et al., 2002).

1.3. Tipos de Psoríase

A psoríase surge quando as células da pele, que formam a sua camada mais superficial e se chamam queratinócitos, começam a reproduzir-se a uma velocidade anormalmente rápida, em alguns casos chega a ser dez vezes mais rápida que o normal, o resultado é o aumento da espessura da pele inflamada, muitas vezes revestidos de camadas finas brancas e escamosas de pele morta. Embora muito tempo dimensionada a uma simples doença da pele, sabemos actualmente que uma das suas causas mais importantes é uma disfunção do sistema imunitário. As defesas contra bactérias e vírus têm por base os leucócitos (glóbulos brancos) mas em doentes com psoríase algumas destas células defensivas, depois de ativadas, entram em disfunção e libertam mediadores que para além da inflamação, aumentam a velocidade com que as células se dividem (Langley, Krueger & Griffiths, 2005; Rodrigues & Teixeira, 2009). Uma célula da camada basal da epiderme – camada mais superficial da pele – que leva cerca de 28 dias a atingir a superfície cutânea, vai fazê-lo, na psoríase, em cerca de 5-7 dias, dando origem, desse modo, a uma descamação contínua. Pode atingir apenas áreas limitadas da pele – cotovelos, joelhos, couro cabeludo, genitais, mãos, pés ou outras localizações (psoríase ligeira) – ou ser muito extensa (podendo atingir toda a pele) nos casos mais graves, atingir áreas expostas, e comprometer as articulações (psoríase moderada a grave), as unhas são também frequentemente afetadas, com alterações que podem variar entre o quase impercetível e a destruição das mesmas (Langley, Krueger & Griffiths, 2005; Rodrigues & Teixeira).

Existem vários tipos de psoríase, em placas ou vulgar, psoríase gutata, psoríase inversa, psoríase eritrodérmica, psoríase pustular...

(1) Psoríase em placas ou psoríase vulgar

A psoríase em placas ou psoríase vulgar, representa a grande maioria dos casos de psoríase. As lesões têm relevo, são vermelhas e cobertas por escama prateada. O número, dimensão e extensão das lesões é variável de doente para doente e em diferentes fases de evolução da doença de cada doente. Surgem sobretudo nos cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo, embora possam afectar qualquer área do corpo, cobrindo, nos casos

mais graves, extensas áreas do tronco e membros (Langley, Krueger & Griffiths, 2005; Rodrigues & Teixeira, 2009).

(2) Psoríase gutata

A psoríase gutata é menos frequente que a psoríase em placas e afeta sobretudo crianças e jovens, por vezes na sequência de uma infeção. Aparece geralmente de forma súbita, com lesões de menores dimensões (forma de gota) que ocupam áreas extensas do tronco e membros. Pode desaparecer definitivamente após o primeiro episódio ou evoluir para uma psoríase vulgar (Sabbag, 2006; Rodrigues & Teixeira, 2009).

(3) Psoríase inversa

A psoríase inversa, tem esta designação porque apresenta uma localização “inversa” das lesões cutâneas mais comuns, ou seja, privilegiando as pregas (axilas, virilhas e região infra-mamária). As lesões são vermelhas, brilhantes e não têm escama evidente. Este aspecto menos “típico” pode dificultar o diagnóstico. (Langley, Krueger & Griffiths, 2005; Rodrigues & Teixeira, 2009)

(4) Psoríase eritrodérmica

A psoríase eritrodérmica é uma forma generalizada de psoríase, na qual a pele de toda a superfície corporal adquire um aspecto vermelho e inflamado. Este tipo de psoríase é muito grave devido ao risco associado de desenvolvimento de complicações, precipitadas por infeções ou medicamentos. (Langley, Krueger & Griffiths, 2005; Rodrigues & Teixeira, 2009)

(5) Psoríase pustular

A psoríase pustular, caracteriza-se pelo aparecimento de pústulas

A mais frequente é a pustulose palmo-plantar, na qual estas lesões surgem sobre um fundo avermelhado nas palmas das mãos e plantas dos pés, por vezes com descamação abundante e fissuras dolorosas. Esta forma particular de psoríase é de difícil tratamento, podendo ter uma evolução crónica com surtos de agravamento. Existe uma forma generalizada de psoríase pustulosa,

felizmente rara, dada a sua gravidade, que pode surgir subitamente ou evoluir a partir do agravamento de uma psoríase em placas. Ao contrário das restantes formas de psoríase, é acompanhada de sintomas gerais, como febre e mau estar e tem um risco elevado de desenvolvimento de complicações, algumas das quais potencialmente fatais. (Langley, Krueger & Griffiths, 2005; Rodrigues & Teixeira, 2009)

1.4. Co-morbilidade

Indivíduos com psoríase apresentam uma maior tendência, para desenvolver doenças associadas a alterações no sistema imunitário, como doenças inflamatórias intestinais ou a esclerose múltipla, bem como doenças cardiovasculares, obesidade, cancro e perturbações psiquiátricas, nomeadamente a depressão (Hensler & Christophers, 1995; Neiman, Porter & Gelfand, 2006). Salienta-se ainda que indivíduos com psoríase tendem a consumir mais álcool e tabaco, surgindo ainda doenças como a cirrose hepática, enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial e obesidade (Naldi et al., 2005; Duarte et al., 2010). Alguns estudos apontam ainda para um risco aumentado de neoplasias, tumores (Brauchli, Jick, Miret & Meier, 2009; Frenz & Olsen, 1999). A psoríase grave associa-se ainda a uma redução na esperança média de vida de 3,5 e 4,4 anos, respetivamente para o sexo masculino e feminino, atribuível a um aumento do risco de doença cardiovascular (Mallbris et al., 2004; Gelfand et al., 2006; Gelfand et al., 2007).

1.5. Impacto na qualidade de vida

A psoríase causa limitações funcionais e repercussões na qualidade de vida, principalmente quando esta é considerada moderada ou grave. Os sintomas relacionados com a psoríase como a vermelhidão, a espessura e a descamação comprometem as atividades quotidianas e os relacionamentos sociais principalmente quando há exposição parcial ou total do corpo (McKenna et al., 2003; Martins et al., 2004).

A aparência da pele pode causar ansiedade, baixa auto-estima, timidez, e por consequência pode levar ao isolamento social, à restrição de atividades sociais, pode ainda influenciar negativamente os relacionamentos afetivos e sexuais (Mckenna et al., 2003), bem como afetar a saúde mental (Schmitt & Ford, 2007) a psoríase afeta ainda financeiramente, quer pelas despesas em tratamento ou pelo absentismo elevado causado pela doença (Martins & Arruda, 2004). Portadores de psoríase tendem a revelar que se sentem julgados, avaliados e estigmatizados (Krueger et al., 2001).

Foi realizado um estudo de observação, transversal em Espanha e Portugal, com pacientes portadores de psoríase moderada-grave, recolheram os dados da área afetada e o índice de severidade, concluíram que quanto maior é a lesão e a severidade, maior é o impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde. A psoríase tem um impacto negativo na qualidade de vida diária (Foraster et al., 2010)

Um estudo realizado no Reino Unido, por Finlay e Cole (1995), com 369 pacientes com psoríase grave, teve como conclusão que a doença provocou grande impacto na qualidade de vida. Nesse mesmo estudo apenas 150 dos 369 psoriáticos estavam a trabalhar, e desses 59% apresentavam um absentismo elevado em virtude da doença, apresentavam uma média de 29 dias por ano sem trabalhar. O impacto da psoríase na qualidade de vida de 100 pacientes com idades compreendidas entre 20 e 70 anos de idade demonstrou que 99% vivenciaram a experiência de rejeição social em locais públicos tais como piscinas, ginásios, cabeleireiro e em ambientes de trabalho, suscitando assim sentimentos de discriminação. Pacientes com psoríase neste estudo relatam que a sua condição clínica desencadeia sentimentos de raiva, depressão, vergonha, ansiedade, culminando por vezes no isolamento social e no maior consumo de álcool e tabaco.

Pacientes psoriáticos acreditam que a doença tem um impacto emocional, físico e social na qualidade de vida. Muitos pacientes, especialmente aqueles com psoríase grave, relatam estar frustrados com o percurso da doença e com

a ineficácia dos tratamentos. Sentem também que o impacto da doença é subestimado pelos profissionais de saúde (Krueger et al., 2001)

1.6. Psicopatologia na Psoríase

A psicopatologia pode ser entendida ao nível das significações que os sujeitos constroem sobre si próprios e sobre o mundo, dos processos do seu organismo ou do seu pensamento e dos acontecimentos exteriores e relacionais, que determinam ou estão subjacentes a sintomas emocionais e/ou atitudes. As perturbações são adquiridas, evoluem, permanecem e transformam-se de acordo com os ritmos de desenvolvimento psicológico (Joyce-Moniz, 1993; cit in Moreira et al., 2005).

Num estudo elaborado por Gupta e investigadores (1987) concluíram que os fatores psicossociais são importantes no aparecimento ou na exacerbação da psoríase em 40% - 80% dos casos. A psoríase também tem sido associada com um aumento de suicídio e prevalência de alcoolismo. Os distúrbios na perceção da imagem corporal, e o efeito da psoríase nas relações interpessoais, sociais e funcionamento ocupacional podem contribuir ainda mais para a global co-morbilidade, principalmente se a psoríase ocorre durante o desenvolvimento de um período crítico, como a adolescência. Wiess e colaboradores (2002) encontraram resultados semelhantes num estudo que teve como objetivo, compreenderem o efeito da psoríase na qualidade de vida de pacientes portadores de psoríase e as repercussões no funcionamento mental e social, concluíram que entre 45% e 84% dos participantes apresentam perturbações psicológicas, cerca de 84% sente necessidade de esconder a psoríase, cerca de 74% apresentam a autoestima afetada, 84% evitam atividade sociais e cerca de 45% revelam sentir-se deprimidos.

Pacientes portadores de psoríase podem sofrer psicologicamente por causa das suas lesões. O sofrimento psicológico está relacionado com a severidade dos sintomas dermatológicos, que podem produzir níveis elevados de stress, depressão e ideação suicida (Gupta et al., 1993).

Valverde e o seu grupo (2003) realizaram um estudo transversal, com o objetivo de determinar a prevalência da vulnerabilidade psiquiátrica e a relação entre as características clínicas e epidemiológicas da psoríase. Obtiveram como resultados uma prevalência de vulnerabilidade psiquiátrica de 34,5%, sendo que pacientes com psoríase moderada apresentaram uma maior vulnerabilidade psiquiátrica 45.5%, e pacientes com psoríase severa apresentam uma percentagem ligeiramente inferior 33.3%, pacientes com psoríase ligeira apresentam a percentagem mais baixa 22.2%. Assim sendo a vulnerabilidade psiquiátrica é mais elevada em pacientes com severidade moderada do que em pacientes com psoríase de severidade grave, foi ainda encontrada uma relação inversamente proporcional entre o nível de instrução e a vulnerabilidade psiquiátrica, pacientes com a escolaridade do ensino primário apresentam uma vulnerabilidade maior do que pacientes com um nível de instrução superior.

Mignorance e colaboradores (2001) elaboraram uma investigação que teve como objetivo avaliar as condições psicológicas e adaptativas de pacientes portadores de psoríase e as suas relações com variáveis demográficas e condições clínicas. Concluíram que cerca de 80% dos pacientes apresentavam tendência a desvio de traço de personalidade, predominando as escalas de Extroversão, Insanidade e Neuroticismo. Na escala de extroversão 18% apresentaram níveis elevados de descontrolo emocional, impulsividade, exibicionismo, e a mesma percentagem 18% indicaram supercontrolo emocional e atitudes passivas face às situações adversas. Na escala Insanidade 28% dos pacientes indicaram possíveis distúrbios psiquiátricos e 6% indicaram a presença de sentimentos de isolamento, ansiedade paranoide e dificuldade na regulação dos impulsos. Quanto à escala Neuroticismo 22% dos pacientes apresentaram suscetibilidade à ansiedade associada a situações de stress, com manifestações de desadaptação social, somáticas e psíquicas, 10% apresentaram sentimentos de satisfação pessoal, flexibilidade a novas situações e adaptação social. Salienta-se assim uma percentagem superior de sintomas psicopatológicos. A maioria dos pacientes durante a investigação relatou ainda dificuldades de adaptação psicossocial principalmente nas áreas de atividades do quotidiano.

Kotrulija e investigadores (2010) realizaram uma investigação que teve como objetivo analisar a extensão e a severidade clínica da psoríase e a relação com o sofrimento psicológico e comparar os traços de psicopatologia com o início precoce. Participaram 140 pacientes dos quais 70 participantes eram portadores de psoríase, sendo que 44 com início precoce e 26 de início tardio, os restantes 70 participantes considerados como grupo comparativo com outras perturbações dermatológicas. Encontraram correlações significativas entre a extensão das lesões e o stress, pacientes com início tardio tem mais sintomas provenientes da depressão quando comparados com o grupo de início precoce. Concluíram ainda que pacientes com psoríase mostram uma específica configuração de uma triada neurótica depressão, hipocondria e histeria.

As pessoas com psoríase têm duas vezes mais probabilidade de ter pensamentos suicidas em comparação com a população geral e pessoas com outras doenças crónicas, manifestam ainda desejo de morrer e relatam a doença como um problema moderado ou grave na vida quotidiana. (National Psoriasis Foundation, 2011)

Mattoo e colaboradores (2005) realizaram um estudo comparativo no norte da Índia, com uma amostra subdividida em dois grupos, um grupo composto por 103 sujeitos portadores de psoríase e um segundo grupo composto por 55 sujeitos com alterações dermatológicas, excluindo psoríase, vitiligo e leprose. O objetivo deste estudo foi relacionar outras perturbações dermatológicas, mais especificamente a psoríase, com perturbações psiquiátricas. Obtiveram uma prevalência de 24.7% com perturbações psiquiátricas em sujeitos com psoríase, apresentando ainda assim um valor inferior comparativamente com estudos realizados no centro da Índia (Bharath et al. 1997; cit in Mattoo et al. 2005), que apresentaram uma prevalência de 47.65% de perturbações psiquiátricas.

Na literatura encontrada de estudos comparativos da psoríase com outras patologias conclui-se que esta doença é tão ou mais grave que doenças consideradas de grande impacto e perda de qualidade de vida, apresentando valores superiores de impacto psicológico e traços de psicopatologia quando

comparados com outras populações. Na literatura em geral conclui-se que a localização e a severidade das lesões estão interligadas com o sofrimento psicológico a psicopatologia, quanto mais grave a lesão ou a exposição da lesão maior o impacto emocional e as repercussões psicológicas, nomeadamente depressão, ansiedade, ideação suicida, isolamento social, stress, comportamentos de risco como abuso de álcool e tabaco, contudo a psoríase, ainda tem recebido pouca atenção na literatura psiquiátrica.

1.6.1. Depressão e Psoríase

A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente, levando a uma piora na evolução tanto do quadro psiquiátrico como do quadro da doença clínica, com menor adesão a orientações terapêuticas, além de maior comorbilidade e mortalidade (Teng, Humes & Demetrio, 2005). A depressão, se não for tratada corretamente, pode perdurar por muito tempo, implicando um sério prejuízo de vida do paciente nomeadamente ao nível laboral, familiar, relacional e de lazer. (Lafer et al, 2000)

Vários estudos indicam que há uma relação entre o índice de severidade e sintomas da psoríase com os sintomas depressivos. Um estudo realizado por Schimtt e Ford (2007), nos Estados Unidos da América com 256 pacientes a partir dos 18 anos de idade, teve como objetivo avaliar a relação entre a severidade da psoríase, o stress, a qualidade de vida e os sintomas depressivos, concluiu que cerca de 32% dos pacientes tinham depressão.

Algumas das consequências mais comuns da depressão em doentes com psoríase são a falta de esperança, baixa autoestima, ideação suicida e desejo de morrer (Richard & Fortune, 2006; Magin et al, 2009).

O toque na pele é um fator importante na manutenção da autoestima. Um estudo realizado por Gupta e colaboradores (1998) indica que portadores de psoríase que se sentem discriminados por perceber que as pessoas fazem um

esforço consciente para não os tocar, apresentam uma maior sintomatologia depressiva do que doentes psoriáticos que não tiveram a mesma sensação.

1.6.2. Ansiedade e Psoríase

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional negativo que tem subjacente sintomas físicos, tais como falta de ar ou taquicardia, e sintomas psicológicos, por exemplo preocupação, angústia e nervosismo. Estes sintomas surgem por causa de determinadas expectativas de ocorrência de perigos perante os quais o sujeito se sinta indefeso. Deste modo, quando se avalia um estímulo como ameaçador, desencadeia-se uma resposta de medo, que é ativada quando uma pessoa se encontra exposta, quer física, quer psicologicamente, a uma determinada ameaça. Quando o medo é ativado, a pessoa sente ansiedade (Sacadura, 2002). Vivas e Sarritiello (2002), realizaram entrevistas clínicas em pacientes de ambulatório, totalizando uma amostra de 76 pacientes, observaram uma elevada prevalência de transtornos de ansiedade sendo menos frequentemente, transtornos de personalidade e de humor; foram ainda identificadas dificuldades associadas à imagem corporal e às relações com outras pessoas, e alguns aspetos como a inibição e receio foram relevantes sobre a sexualidade dos portadores de psoríase.

1.7. Stress e Psoríase

A evidência de que estímulos externos associados com a ativação emocional causam mudanças nos processos fisiológicos básicos inspirou o grande crescimento registado pela investigação psicofisiológica. O stress agudo é definido como o stress com uma duração de minutos a horas e o stress crónico pode durar meses a anos. A resposta psicofisiológica ao stress é um importante modulador da imunobiologia da pele, tanto na saúde como na doença. Enquanto o stress crónico é imunossupressivo, estudos mostraram que o stress agudo pode estimular a função imune cutânea (Moreira et al., 2005).

Todo o stress psicológico influencia a evolução da doença e a terapia, mais de 60% dos pacientes descrevem o stress como o desencadeador ou exacerbador da doença - por isso, a intervenção psicológica tem um importante papel no tratamento da psoríase sobretudo quando em paralelo com o tratamento farmacológico produzindo uma melhoria na severidade da doença (Langley et al., 2005).

1.7.1. Stress no desencadeamento da Psoríase

Zacharie e colaboradores (2004), investigaram a influência do stress para o aparecimento e agravamento da psoríase, comparando stress e outras reações associadas à doença, bem como a gravidade, a história familiar e factores sociodemográficos. Participaram na amostra um total de 5.795 membros de uma associação de portadores de psoríase e 702 pacientes recrutados pelos dermatologistas e pelas clínicas universitárias nórdicas, Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suíça. Junto dos participantes, investigaram se o aparecimento da psoríase ocorreu durante épocas de preocupação e de stress. Avaliaram o grau em que a psoríase foi influenciada pelo stress, o índice de stress na qualidade de vida, o índice de incapacidade provocado pela psoríase e factores sociodemográficos. Os resultados concluíram que 71% dos membros da associação, e 66% dos pacientes recrutados pelos dermatologistas relataram que a psoríase era exacerbada pelo stress e 35% nos dois grupos informaram que o início da psoríase ocorreu durante um período de preocupação e stress. Os participantes mencionaram ainda que o aumento da gravidade da doença estava ligado ao stress e a melhoria da doença estava relacionada com uma qualidade de vida melhor. Também relataram o uso frequente de tabaco, tranquilizantes e antidepressivos. O sexo feminino apresentou mais reações de stress do que o sexo masculino. Os autores concluíram que a pesquisa confirma e estende resultados de estudos precedentes e indica que o subgrupo de pacientes com psoríase pode ter reações psicológicas associadas à doença que influenciam as suas vidas diárias.

Malhotra e Mehta (2008) estudaram o papel dos acontecimentos de vida desencadeadores de stress na indução e agravamento da Psoríase e da

Urticária crónica. Referem que os eventos desencadeadores de stress podem afetar o aparecimento ou o agravamento da psoríase em cerca de 40 a 80% (de acordo com os resultados de vários estudos disponíveis) dependendo da forma como se define o stress (agudo ou crónico) e como é feita a sua medição (autorrelatos ou respostas em questionários *standardizados*). Neste estudo em particular, no grupo dos pacientes com psoríase vulgar, cerca de 26% referiram a ocorrência de um acontecimento de vida, pelo menos um ano antes do início ou exacerbação da doença. Destes 26% o acontecimento mais referido foi problemas financeiro, ou perda financeira, seguido de morte de um familiar próximo (4%), problemas de ordem sexual (4%), conflitos familiares (2%), doença pessoal ou ferimentos (2%), problemas de ordem profissional, mudança de emprego (2%), reprovação a exames (2%), um membro da família desempregado (2%), ter-se casado ou ficado noivo (2%), e várias outras situações (2%). Não houve diferenças significativa entre os dois grupos (psoríase e urticária crónica). Concluíram que o stress psicológico não só desempenha um papel significativo na ativação ou agravamento de ambas as doenças dermatológicas como também contribui para o aumento da comorbilidade de muitas perturbações psicossomáticas. Quando comparado o nível de stress total nos pacientes com psoríase e nos pacientes com urticária, observaram que o total foi superior no grupo da psoríase. Apesar disso, não houve diferença estatística entre os dois grupos. Os autores referem ainda o papel das terapias de relaxamento e programas de gestão de stress no tratamento destas patologias. Intervenções psicológicas podem ajudar indivíduos a reinterpretar e desenvolver estratégias para lidar com estes mesmos acontecimentos ou novos que poderão surgir, diminuindo a morbilidade devido a estas patologias.

Considerando que a psoríase tem uma relação muito íntima com a área emocional, como fator desencadeante ou potencializador, Streiner e Perfeito (2008) mencionam que o stress físico ou emocional tem repercussões em inúmeras dermatoses. Essas, indiscutivelmente, também são geradoras de stress.

1.7.2. Stress no agravamento da Psoríase

Weiss e o seu grupo (2002) concluíram que pacientes psoriáticos, apresentam uma preocupação excessiva acerca da opinião que os outros têm sobre si e a doença, provocando assim níveis elevados de stress. Ainda neste estudo concluem que o stress é mais notório em casos que apresentam psoríase no rosto e no pescoço, sobretudo em adolescentes pois estes preocupam-se mais com a aparência física para serem aceites nas relações.

Um estudo realizado por Mazzetti e investigadores (1994, cit in Silva & Silva, 2007) sobre psoríase, stress e perturbações psiquiátricas, teve como objetivo entender como os eventos stressores podem determinar a recaída da psoríase. Observaram que 71.2% dos pacientes apresentam perturbações psiquiátricas, sendo 35% perturbações da personalidade, 17,59% tristeza e melancolia, 12,50% ansiedade e 6,5% esquizofrenia. Verificaram em 88,70% de pacientes, a presença de eventos stressores. Os autores sugerem que a exacerbação da doença esteja ligada à interpretação da experiência demonstrada pela pessoa diante do evento ou situação stressante.

Fortune e colaboradores (1997) realizaram um estudo que teve como objetivo examinar o impacto da severidade, área afetada e tratamento da psoríase nos pacientes e a qualidade de vida, e ainda investigar os efeitos da perceção da psoríase na saúde mental e física relacionado como o stress nos pacientes. Os resultados indicaram que, as áreas afetadas fisicamente estão associadas com autorrelatos de uma pobre saúde física, no entanto a área afetada pela psoríase não está significativamente associada com autorrelatos de incapacidade na vida diária ou nos níveis de stress. Pacientes que foram classificados como sendo mais reativos ao stress associado com a psoríase funcionam menos saudavelmente mentalmente.

Picardi e Abeni (2001) investigaram o papel do stress, apoio social, vinculação e alexitimia no agravamento da psoríase vulgar. Os resultados mostraram que os pacientes com psoríase reportaram menos apoio social e maior taxa de

evitamento relacionado com a vinculação (vinculação evitante), também se registaram mais características alexitímicas nestes pacientes. Não observaram diferenças entre os grupos psoríase e o grupo controlo no que diz respeito a ansiedade, no número total de eventos desencadeadores de stress e eventos *major* indesejados, concluindo então não haver associação entre o stress e a psoríase. Contudo, consideram a possibilidade de certos tipos de psoríase, como a *gutata* ser mais suscetível ao stress. Referem que apesar de não ter sido encontrada qualquer associação, o estudo continua a apoiar a hipótese de que esta doença possui um componente psicossomático porque o agravamento da psoríase teve associação com a alexitimia, evitamento emocional e fraco apoio social. Concluem então, que a alexitimia, a vinculação evitante e a falta de apoio social poderão contribuir para o agravamento da psoríase possivelmente através de uma regulação emocional disfuncional. Quanto à vinculação insegura, os autores acreditam que possa afetar a regulação do stress pelo que poderá aumentar a quantidade de stress percebido, pode não afetar a intensidade ou duração da resposta psicológica ao stress. Encontraram, então, uma forte associação entre vinculação evitante e o agravamento da psoríase em placas

Apesar da existência de vários estudos as conclusões acerca da repercussão do stress na psoríase ainda não são conclusivas, vários autores concluem que o stress é um fator desencadeador de psoríase, bem como vários autores concluem que o stress é um exacerbador da psoríase, contudo a associação entre os problemas emocionais e problemas cutâneos é clara em todos os estudos.

Capítulo 2: Metodologia

2.1 Objetivos

2.2 Amostra

2.2.1 Seleção da Amostra

2.2.2 Caracterização da Amostra

2.3 Instrumentos

2.3.1 Ficha sociodemográfica

2.3.2 SAPASI- Índice Autoadministrado da Área e Severidade da Psoríase

2.3.3 PDI- Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase

2.3.4 BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

2.4 Procedimentos

2.4.1 Recolha de dados

2.4.2 Tratamentos de dados

Procedemos neste capítulo à apresentação da metodologia do estudo que engloba quatro secções: os objetivos do estudo, a amostra, os instrumentos e o procedimento.

2.1. Objetivos

O estudo de cariz exploratório, pretende caracterizar um grupo da população Portuguesa portadora de psoríase, no que diz respeito à incidência de sintomatologia psicopatológica. Os objetivos do presente estudo consistem numa maior compreensão, entre a relação da psoríase com a sintomatologia psicopatológica na população portuguesa, como tal procura-se explorar as seguintes relações:

- (1) Relação da severidade da doença com a sintomatologia psicopatológica;
- (2) Relação da localização das lesões com a sintomatologia psicopatológica;
- (3) Relação da qualidade de vida com a sintomatologia psicopatológica;
- (4) Relação do tempo de diagnóstico com a sintomatologia psicopatológica;
- (5) Relação do incómodo da doença com a sintomatologia psicopatológica;
- (6) Relação da gravidade da doença com a sintomatologia psicopatológica;
- (7) Relação dos comportamentos de saúde com a sintomatologia psicopatológica.

2.2. Amostra

2.2.1. Seleção da Amostra

A amostra foi obtida com a colaboração da PsoPortugal- Associação Portuguesa de Psoríase, procedendo-se ao contato e recrutamento dos respetivos associados portadores de psoríase. Os restantes participantes foram recrutados pelos investigadores envolvidos na investigação. Quanto aos critérios de inclusão dos participantes na amostra, foram os seguintes:

- (1) Diagnóstico clínico de psoríase;
- (2) Idade a partir dos 17 anos.

2.2.2. Caracterização da Amostra

A amostra do estudo é constituída por 228 participantes, 114 do sexo masculino e 111 do sexo feminino, a idade dos participantes varia entre os 17 e 82 anos, sendo a média de 46.65 anos, com um desvio padrão de 14.69.¹ Mais de metade da amostra são pessoas casadas ou em união de facto (58.8%). Entre as restantes 29.4% são solteiras, 5.7% são divorciadas ou separadas e a mesma percentagem são viúvas.² Quanto às habilitações académicas a distribuição foi a seguinte: 11.4% frequentaram entre 1 a 4 anos de escolaridade, 5.3% frequentaram entre 5 a 6 anos de escolaridade, 12.7% frequentaram entre 7 a 9 anos de escolaridade, 21.9% frequentaram entre 10 a 12 anos de escolaridade, 16.7 frequentaram um curso médio e 31.1 frequentaram um curso superior.³

Relativamente à situação profissional, verifica-se que 65.6% da amostra está empregada. As restantes situações distribuem-se da seguinte forma: 1.8%

¹ Três participantes não indicaram o Sexo e 5 a idade.

² Um participante não indicou o estado civil.

³ Dois participantes não responderam a esta questão.

estão de baixa médica, 12.8% estão desempregados, 3.2% estão reformados por invalidez e 16.5% estão reformados por idade.⁴ Em termos de “raça”, 98.9% são caucasianos. Apenas um participante é de grupo negro e outro do asiático.⁵ Quanto à área de residência salienta-se uma maior incidência nas regiões Entre Douro e Minho (47.4%) e Estremadura e Ribatejo (35.5%). Na tabela 3.1 resumimos a descrição da amostra nas variáveis demográficas.

⁴ Dez participantes não responderam a esta questão.

⁵ Quarenta e três participantes não responderam a esta questão.

Tabela 2.1: Descrição da Amostra – dados demográficos

Variáveis		N	%
Género	Masculino	144	50.0%
	Feminino	111	48.7%
Estado Civil	Solteiros	67	29.4%
	Casados	122	53.5%
	União de Facto	120	5.3%
	Divorciados	10	4.4%
	Separados	5	1.3%
	Viúvos	6	5.7%
Habilitações Literárias	1 a 4 anos	26	11.4%
	5 a 6 anos	12	5.3%
	7 a 9 anos	29	12.7%
	10 a 12 anos	50	21.9%
	Curso médio	38	16.7%
	Curso superior	71	31.1%
Situação Profissional	Empregado	143	65.6%
	Baixa Médica	4	1.8%
	Desempregado	28	12.8%
	Reformado por Invalidez	7	3.2%
	Reformado por Idade	36	16.5%
Raça	Caucasiano	183	80.3%
	Negra	1	0.4%
	Asiática	1	0.4%
Residência	Entre Douro e Minho	108	47.4%
	Trás-os-Montes e Alto Douro	5	2.2%
	Beira Litoral	10	4.4%
	Beira Interior	6	2.6%
	Estremadura e Ribatejo	81	35.5%
	Alentejo	6	2.6%
	Algarve	5	2.2%
	Ilhas	1	0.4%

Quanto às variáveis clínicas, os participantes apresentavam diagnóstico de psoríase em média há cerca de 21 anos ($M = 20.98$, $DP = 13.81$; variação entre menos de 1 ano e 69 anos).⁶ Mais de metade da amostra indicou que existe história de psoríase na família (56.9%).⁷

Relativamente ao recurso a profissionais para o tratamento da psoríase, os participantes foram questionados sobre o número de dermatologistas a que recorreram nos últimos 2 anos. Verificamos que entre os 219 participantes que facultaram esta informação, 78.1% recorreram a 2 ou menos destes médicos, 13.7% entre 3 a 5, e os restantes 8.2% recorreram a 6 ou mais. Em relação ao recurso a outras especialidades médicas, cerca de metade 50.44% ($n = 115$) dos participantes indicaram tê-lo feito nos últimos anos, com a seguinte distribuição: 2 ou menos destes médicos, 80.9% ($n = 93$); entre 3 a 5, 12.1% ($n = 14$); a 6 ou mais, 7.0% ($n = 8$). Quanto ao número de tratamentos experimentados pelos participantes aferimos que cerca de 22.4% recorreram a 2 ou menos tratamentos, 28.9% entre 3 a 5, e 42.1% recorreram a 6 ou mais tratamentos.

No que diz respeito à satisfação com o atual tratamento psoríase, os participantes reportam estar, em média entre “pouco” satisfeitos e satisfeitos, $M = 2.66$ ($DP = 0.87$) De facto, a média é tanto significativamente superior a “Pouco satisfeito” ($=2$, $t_{223} = 11.39$, $p < .001$), como inferior a “Satisfeito” ($=3$, $t_{223} = -5.85$, $p < .001$). Analisamos o número de dias que os participantes faltaram ao trabalho/escola por causa da doença nos últimos 6 meses, concluímos que em média faltaram 1.56 dias com desvio de padrão de 6.13. Analisamos ainda o número de dias que os participantes alteraram a atividade diária devido à doença nos últimos 6 meses verificamos que em média alteraram 3.44 dias com desvio de padrão de 16.67.

Quando questionados sobre se alguma vez foi negado o acesso a alguma atividade profissional por causa da psoríase, cerca de 8.3% responderam que

⁶ Apenas um participante indica diagnóstico da doença há menos de 1 ano e 34 não responderam à questão.

⁷ Três participantes não responderam a esta questão.

sim e 90.4% responderam que não, foram ainda questionados se a psoríase condicionou a opção profissional, cerca de 15.4% responderam que sim e 82% responderam que não. Verificamos que os participantes gastam em média por mês no tratamento da psoríase 54.1 euros.

Quando questionados como consideram a doença em relação à sua gravidade, apuramos que cerca de 40.8% considera a doença pouco grave, cerca de 44.7% considera a doença grave e 12.7% considera a doença muito grave. Aferimos ainda que cerca de 12.3% considera a sua doença pouco incómoda, 44.7% considera incómoda e 41.2% considera muito incómoda.

Averiguamos que 49.1% dos participantes apresentam outras doenças, como doenças respiratórias (11%), neurológicas (7%), psiquiátricas (2.2%), cardiovasculares (12.3%), osteoarticulares (19.3%), renais (3.1%), surdez (4.4%), metabólicas (12.7%), cegueira (0.9%) e reumatismo (14.5%), gastrointestinais (3.9%).

Concluimos ainda que 40.4% dos participantes referem ter diagnóstico de ansiedade e/ou depressão e 57.5% referem não ter qualquer diagnóstico de ansiedade e/ou depressão. Em relação ao histórico familiar de ansiedade e/ou depressão 36.4% referem que sim e 55.7% referem não haver história familiar de ansiedade e/ou depressão. Quanto ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico 25.4% referem que tem acompanhamento sendo que cerca de 20.2% iniciaram as consultas há menos de 6 meses e 0.4% iniciaram há mais de 6 meses. Verificamos ainda que 25.9% dos participantes tomam ansiolíticos ou antidepressivos.

Analisamos os comportamentos de saúde dos participantes referentes à última semana aquando da administração do protocolo, apuramos que em média os participantes fumam por dia em média 3.52 cigarros ($DP = 7.31$). Quanto à ingestão de cafés por dia verificamos uma média de 1.90 unidades ($DP = 1.52$) Em relação ao consumo de álcool por dia em decilitros encontramos uma média de 0.67 ($DP = 1.19$). Ainda em relação aos comportamentos de saúde questionamos o número de horas de exercício físico praticado por semana

sendo que a média é de 2.08 ($DP = 2.65$). Quanto a número de horas de sono por dia os participantes referem que em média dormirem 7.08 horas ($DP = 1.22$).

2.3. Instrumentos

Para a elaboração do presente estudo foram utilizados quatro instrumentos, nomeadamente uma ficha sociodemográfica e clínica (Almeida, & Teixeira, 2011), o SAPASI – Índice autoadministrado da área e severidade da psoríase (Feldman1994), o PDI – Questionário de Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (Finlay, 1993), e finalmente o questionário BSI – Breve Inventário de Sintomas (Derogatis, 1993; Versão: Canavarro, 1995).

2.3.1. Ficha Sociodemográfica e Clínica

A ficha sociodemográfica e clínica (Almeida, & Teixeira, 2011) consiste numa breve recolha de dados sociodemográficos, nomeadamente dados pessoais tais como género, idade, estado civil, profissão, situação profissional, raça e zona de residência. Contém uma breve recolha de dados de saúde respeitantes à história clínica do participante, tais como primeiro diagnóstico de psoríase, historia familiar de psoríase, número de médicos que consultou para o tratamento da psoríase nos últimos dois anos, grau de satisfação com o tratamento atual, número de dias que faltou ao trabalho/escola, bem como o número de dias que alterou as atividades diárias. Exploração da existência de outras doenças físicas e da existência de ansiedade e/ou depressão, acompanhamento psicológico/ psiquiátrico, toma de ansiolíticos ou antidepressivos. E por último uma breve recolha referente a comportamentos de saúde (na última semana), número de cigarros e cafés por dia, quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas por dia, número de horas de exercício físico e número de horas de sono por dia.

2.3.2. SAPASI – Índice autoadministrado da área e severidade da psoríase

O Índice autoadministrado da área e severidade da psoríase (Feldman,1994) permite aos pacientes medir objetivamente a severidade da sua psoríase. A medida tem em conta a área das lesões da psoríase no corpo e as características destas lesões: a vermelhidão, a espessura e a descamação.

Os sujeitos sombreiam numa silhueta as áreas que estão envolvidas no momento. Os sujeitos assinalam ainda a vermelhidão, a espessura e a descamação das suas lesões de psoríase.

Para pontuar o instrumento, o avaliador primeiro divide a área envolvida em quatro regiões: cabeça, membros superiores, tronco e membros inferiores. A pontuação é feita numa escala de 0 a 6, onde 0 indica que não há envolvimento, 1 é <10%, 2 de 11-30%, 3 de 31-50%, 4 de 51-70%, 5 de 71-90% e 6 de 91-100%. Cada uma das pontuações das quatro áreas é multiplicada por uma constante indicativa da dimensão da região do corpo. A área da cabeça é multiplicada por 0,1; a área dos membros superiores por 0,2; a área do tronco por 0,3 e a área dos membros inferiores por 0,4. Estas pontuações da área normalizadas são então somadas originando a pontuação de área total.

A cor, espessura e escamação são pontuadas medindo, em milímetros, o comprimento entre o início da linha e a marca feita pelo sujeito. Estes comprimentos são então somados e divididos pelo comprimento total da linha em milímetros. Este é multiplicado por quatro para normalizar cada uma das pontuações do comprimento para uma escala de 0-4. Multiplicado o resultado pela pontuação da área total obtém-se a pontuação final do SAPASI.

2.3.3. PDI- Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase

O PDI - questionário de Índice de incapacidade provocado pela psoríase (Finlay, 1993), foi desenvolvido para adultos, ou seja, para pacientes com idades iguais ou superiores a 16 anos. É autoexplicativo e pode ser entregue ao paciente que é convidado a preenchê-lo sem a necessidade de uma explicação detalhada. Geralmente é concluído em três ou quatro minutos.

Existem dois possíveis formatos alternativos do PDI. Um usa uma escala visual analógica para cada resposta, o outro usa escolhas assinaláveis para cada resposta. Neste caso foi utilizado o formato de escolhas assinaláveis, que consiste no seguinte: a pontuação de cada questão é dada numa série de 4 respostas, nada (*score* 0), ligeiramente (*score* 1), bastante (*score* 2), muito (*score* 3). Se a questão é deixada sem resposta a pontuação considerada é 0. O PDI é calculado pela soma da pontuação de cada uma das 15 questões, resultando num máximo de 45 e num mínimo de 0. Quanto mais elevado o resultado, menor a qualidade de vida. O PDI também pode ser expresso como uma percentagem da pontuação máxima possível de 45. O PDI pode ser analisado sob cinco aspetos índice de incapacidade nas actividades diárias (questões: 1, 2, 3, 4 e 5), no trabalho ou na escola (questões 6, 7 e 8), sendo estas perguntas alternativas e apenas aplicáveis quando o participante se encontra a trabalhar e /ou a estudar), relacionamentos pessoais (questões: 9 e 10), actividades de lazer (questões: 11, 12, 13 e 14) e por último tratamento (questões: 15).

2.3.4. BSI- Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos

O BSI – Inventário Breve de sintomas psicopatológicos (Derogatis, 1993), avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais. Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A

simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado. (Canavarro, 1995)

Este inventário inclui 53 itens, dos quais o sujeito deve responder numa escala *likert* de 5 pontos desde o 0 (de modo nenhum) até ao 4 (extremamente). Este instrumento avalia nove dimensões sintomáticas:

- (1) Somatização: dimensão que reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema de mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui sete itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37);
- (2) Obsessões-Compulsões: inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui seis itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36);
- (3) Sensibilidade interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui quatro itens: 20, 21, 22 e 42);
- (4) Depressão: os itens que compõem esta dimensão reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui seis itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50);

- (5) Ansiedade: indicadores gerais como nervosismo e tensão foram incluídos nesta dimensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (inclui seis itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49);
- (6) Hostilidade: a dimensão hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui cinco itens: 6, 13, 40, 41 e 46);
- (7) Ansiedade fóbica: a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patagnomónicas e disruptivas (inclui cinco itens: 8, 28, 31, 43 e 47);
- (8) Ideação Paranóide: esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. A seleção dos itens foi orientada de acordo com esta conceptualização (inclui cinco itens: 4, 10, 24, 48 e 51);
- (9) Psicoticismo: esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida de esquizoide, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui cinco itens: 3, 14, 34, 44 e 53).

2.4. Procedimento

2.4.1. Recolha de dados

Os participantes foram recrutados através, da colaboração da PSOPortugal, bem como pelos investigadores envolvidos no estudo.

A administração dos vários instrumentos foi realizada entre Maio de 2011 e Setembro de 2011, e teve como procedimento a entrega e posterior recolha do protocolo aos participantes. O consentimento informado era obtido na primeira folha integrante do protocolo, posteriormente seguiam-se os instrumentos bem como as respetivas instruções de preenchimento. O protocolo esteve também disponível em plataforma informática, e os participantes respondiam via *online* excetuando o preenchimento do instrumento SAPASI, este por sua vez era enviado para as respetivas moradas dos participantes e posteriormente devolvidos aos investigadores. O tempo aproximado de preenchimento dos instrumentos era de 30 minutos.

2.4.2. Tratamento de dados

O programa estatístico utilizado para o tratamento dos dados foi o SPSS 19.0 para Windows (2007). Um dos primeiros passos para o tratamento dos dados foi a organização das variáveis para computação. Assim, estas foram sujeitas a um processo de codificação com vista à futura análise estatística. As várias medidas psicológicas foram operacionalizadas em escalas de *Likert*.

Em termos de tratamento estatístico começou-se pela análise descritiva univariada (médias e desvios padrão) de todas as variáveis de forma a caracterizar-se os participantes nas dimensões clínica, sociodemográfica e psicológica.

Capítulo 3: Resultados

3.1 Descrição dos Resultados

- 3.1.1 Resultados BSI – Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos
- 3.1.2 Relação entre severidade da doença e sintomatologia psicopatológica
- 3.1.3 Relação entre localização das lesões psoriáticas e sintomatologia psicopatológica
- 3.1.4 Relação entre qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica
- 3.1.5 Relação entre tempo de diagnóstico e sintomatologia psicopatológica
- 3.1.6 Relação entre incómodo da doença e sintomatologia psicopatológica
- 3.1.7 Relação entre gravidade da doença e sintomatologia psicopatológica
- 3.1.8 Relação entre comportamentos de saúde e sintomatologia psicopatológica

3.1. Descrição dos resultados

Apresentam-se neste capítulo os resultados da análise estatística dos dados. Iniciamos com os resultados relativos ao instrumento BSI. De seguida descrevem-se os dados dos estudos que permitem uma melhor compreensão da psoríase e a sua relação com a sintomatologia psicopatológica.

3.1.2. Resultados BSI

A análise à consistência interna da escala BSI demonstrou que esta é elevada em todas as subescalas da mesma. Na tabela 3.1. apresentamos os resultados detalhados de α de Cronbach e comparamos aos valores obtidos com os da autora que aferiu este instrumento para a população portuguesa (tabela 3.1).

Tabela 3.1: Comparação da consistência interna valores globais para as nove escalas (de α de Cronbach), em doentes com psoríase com o estudo da adaptação à população portuguesa

BSI	Nº de itens	α de Cronbach	Canavarro
Somatização	7	.85	.80
Depressão	6	.91	.73
Hostilidade	4	.85	.76
Ansiedade	6	.87	.77
Ansiedade fóbica	5	.81	.62
Ideação Paranóide	6	.81	.72
Obsessão Compulsão	6	.86	.77
Psicocitismo	5	.80	.62
Sensibilidade Interpessoal	4	.85	.76

O α de Cronbach dos itens do inventário BSI, indicando-nos a existência de uma boa consistência interna da escala e atendendo aos valores de α de Cronbach obtido na validação do instrumento para a população portuguesa,

verificamos uma consistência interna da escala superior na amostra em doentes com psoríase.

3.1.3. Relação entre severidade da doença e sintomatologia psicopatológica

Para analisar a relação entre a severidade da doença e sintomatologia psicopatológica foi utilizado o BSI e o SAPASI. De forma a estudar as possíveis associações entre as variáveis severidade da doença e sintomatologia psicopatológica utilizámos o *r* de Pearson.

Tabela 3.2: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e severidade da doença

BSI	SAPASI
	<i>r.</i>
Somatização	.14*
Hostilidade	.21**
Depressão	.12
Ansiedade	.13

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Analisando a tabela 3.2 verificamos que o SAPASI está apenas associado, sendo as correlações de fraca magnitude, com a *Somatização*, $r = .14$, e a *Hostilidade*, $r = .14$. Também encontramos relações tendencialmente significativas com a *Ansiedade*, $r = .13$, e com a *Depressão*, $r = .12$ (maior correlação restante, $r = .10$, *ns*).

3.1.4. Relação entre localização das lesões psoriáticas com a sintomatologia psicopatológica

Relativamente à localização das lesões psoriáticas, analisou-se a relação da sintomatologia psicopatológica com as seguintes localizações: face, mãos, pés e genitais, sendo que apenas a sintomatologia psicopatológica está associada com as lesões localizadas na face, como a sugere a tabela 3.3.

Tabela 3.3: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e localização das lesões

BSI	Face
	<i>r.</i>
Somatização	.17*
Obsessão Compulsão	.19**
Hostilidade	.21**
Ansiedade Fóbica	.14*

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Analisando a relação do BSI com a localização das lesões verifica-se que apenas a localização na Face está associada com a: *Somatização*, $r = .17$, *Obsessão Compulsão*, $r = .19$, *Hostilidade*, $r = .21$, e a *Ansiedade Fóbica*, $r = .14$. Sendo que a dimensão que apresenta uma correlação mais elevada com a localização da lesão na face é a Hostilidade seguida da Obsessão-Compulsão.

3.1.5. Relação entre qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica

De forma a analisar a relação entre a qualidade de vida e a sintomatologia psicopatológica, relacionou-se o BSI com o PDI (ver tabela 3.4).

Tabela 3.4: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida

BSI	PDI Total
	<i>r.</i>
Somatização	.47*
Depressão	.49**
Hostilidade	.43**
Ansiedade	.50**
Ansiedade Fóbica	.40**
Ideação Paranóide	.44**
Obsessão Compulsão	.41**
Psicoticismo	.44**
Sensibilidade Interpessoal	.45**

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Verifica-se que as várias dimensões do BSI estão positivamente correlacionadas com o PDI - Total, menor $r = .40$, $p < .001$. *Somatização*, $r = .47$; *Obsessão Compulsão*, $r = .41$; *Sensibilidade Interpessoal*, $r = .45$; *Depressão*, $r = .49$; *Ansiedade*, $r = .50$; *Hostilidade*, $r = .43$; *Ansiedade Fóbica*, $r = .40$; *Ideação Paranóide*, $r = .44$; *Psicoticismo*, $r = .44$. Salienta-se ainda que todas as dimensões do PDI, nomeadamente atividades diárias, no trabalho ou escola, relacionamentos pessoais, atividades de lazer e por último tratamento, apresentam correlações positivamente significativas com todas as dimensões do BSI.

3.1.6. Relação entre tempo de diagnóstico e sintomatologia psicopatológica

Explorou-se a relação entre as variáveis de diagnóstico (número de anos desde o primeiro diagnóstico da doença) e a sintomatologia psicopatológica, contudo não foram encontradas correlações significativas.

3.1.7. Relação entre gravidade da doença e sintomatologia psicopatológica

Examinou-se a relação entre as variáveis de gravidade da doença e a sintomatologia psicopatológica, sendo que não foram encontradas correlações significativas.

3.1.8. Relação entre incómodo da doença e sintomatologia psicopatológica

Analizou-se a relação entre as variáveis de incómodo da doença e a sintomatologia psicopatológica, verificamos a existência das seguintes correlações apresentadas na tabela 3.5.

Tabela 3.5: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e incómoda da doença

BSI	Incómodo da doença
	<i>r</i>
Somatização	.24**
Depressão	.24**
Hostilidade	.18**
Ansiedade	.19**
Ideação Paranóide	.17**
Obsessão Compulsão	.15**
Psicoticismo	.15**
Sensibilidade Interpessoal	.19**

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Verificou-se que das várias dimensões do BSI, apenas a ansiedade fóbica não está correlacionada com o incómodo da doença, sendo que as dimensões que apresentam correlação significativa mais elevada são a Somatização e a Depressão, seguindo-se da Ansiedade e Sensibilidade Interpessoal.

3.1.9. Relação entre comportamentos de saúde e sintomatologia psicopatológica

Analisou-se a existência de correlação entre os comportamentos de saúde (na última semana), com a sintomatologia psicopatológica.

Tabela 3.6: Correlação entre sintomatologia psicopatológica e comportamentos de saúde

BSI	<i>Nº de cigarros</i>	<i>Nº de cafés</i>	<i>Qt de álcool</i>	<i>Nº de horas de sono</i>
	<i>r.</i>			
Psicoticismo	.14*	--	--	--
Sensibilidade Interpessoal	--	.18**	--	--
Ansiedade Fóbica	--	.13	.15*	--
Obsessão Compulsão	--	--	--	-.13

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Verificou-se uma correlação positivamente significativa entre o nº de cigarros fumados por dia e a dimensão do BSI Psicoticismo, $r = .14$, ou seja os participantes que fumam mais tendem a apresentar indicadores de psicoticismo.

Encontrou-se também uma correlação positivamente significativa entre o consumo de cafés por dia e a dimensão do BSI Sensibilidade Interpessoal, $r = .18$, os participantes que ingerem mais cafés por dia tendem a ser mais autodepreciativos, a hesitar e a apresentar desconforto e timidez, durante as interações sociais, encontramos ainda uma relação tendencialmente significativa com a dimensão Ansiedade Fóbica, $r = .13$.

Aferiu-se ainda uma correlação positivamente significativa entre a quantidade de ingestão de álcool por dia, com a dimensão do BSI Ansiedade Fóbica, $r = .15$, os participantes que ingerem mais álcool tendem a apresentar comportamentos de evitamento como resposta a situações que envolvam medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica).

Verificou-se ainda uma relação tendencialmente significativa entre o número de horas de sono por dia com a dimensão do BSI Obsessão Compulsão $r = -.13$, ou seja indivíduos obsessivos compulsivos tendem a dormir menos horas.

Capítulo 4: Discussão dos Resultados

4.1 Objetivos do Estudo

4.2 Resultados

4.3 Conclusão

Neste capítulo apresentamos uma análise e discussão dos resultados descritos no capítulo anterior, comparando sempre que possível, com estudos similares. Concluimos esta parte com um resumo das implicações clínicas relevantes retiradas deste trabalho, e uma breve conclusão.

4.1. Objetivos do Estudo

Um dos objetivos deste estudo era o de explorar a incidência da sintomatologia psicopatológica em pacientes portadores de psoríase na população portuguesa. De uma forma geral parece-nos que poucos estudos foram realizados nesta área para a população portuguesa. Pretendia-se assim, contribuir para o estudo da psoríase e conhecer as relações entre as diversas variáveis.

Os instrumentos que utilizámos para o nosso estudo eram todas medidas validadas em estudos internacionais e alguns nacionais (PDI, SAPASI e BSI). Considerando que os instrumentos se comportam de forma diferente consoante a amostra utilizada, e apesar de o instrumento BSI ser um instrumento já validado para a população portuguesa ainda não tinha sido aplicado na população específica de portadores de psoríase, foram encontrados bons níveis de consistência interna do instrumento o que poderá implicar uma boa aplicabilidade desta medida não somente para investigação na população com psoríase mas também em termos clínicos para pacientes portadores de psoríase na deteção de sintomatologia psicopatológica.

4.2. Resultados

Os principais resultados obtidos da amostra em estudo podem se resumir da seguinte forma:

- (1) Homogeneidade entre géneros (sexo masculino N =114; sexo feminino N = 111), em portadores de psoríase, o que corrobora os vários estudos encontrados na literatura. Finlay e colaboradores (2001) concluíram que a psoríase pode atingir ambos os sexos igualmente, bem como Henseler e Christophers (1985) também concluíram que a psoríase tem igual incidência em homens e mulheres.
- (2) Os participantes apresentam outras doenças associadas à psoríase, comorbilidade da psoríase, sendo que cerca de 49.1% dos participantes responderam positivamente para outras doenças nomeadamente doenças osteo-articulares, reumatismo, metabólicas, cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, surdez, gastrointestinais, renais e psiquiátricas. Também Cohen Dreisher e Birkenfeld (2009) concluíram que doenças inflamatórias intestinais parecem estar também associadas à psoríase. Hansson (2005) conclui que a inflamação sistémica tem sido associada com o desenvolvimento de aterosclerose, o que consubstancia o risco aumentado de doença cardiovascular nos doentes com psoríase.
- (3) Mais de metade da amostra indicou presença de psoríase na família (57%). Num estudo elaborado por Christophers e Mrowietz (1999) também se encontrou que um terço dos doentes portadores de psoríase refere que algum familiar é portador da doença.
- (4) Os participantes (40.4%) referem ter sido diagnosticados com ansiedade ou depressão, indo de encontro aos vários estudos encontrados na área: Schimtt e Ford (2007) concluíram que cerca de 32% dos participantes responderam positivamente para a depressão; Biljian e colaboradores (2009) concluíram que cerca de 13.7% sofrem de ansiedade-depressão;

Kiliç e o seu grupo (2008) elaboraram um estudo que teve como conclusão que os participantes portadores de psoríase são mais depressivos do que os participantes sem patologias; Mazzetti e colaboradores (1994) concluíram que cerca de 12.50% apresentam ansiedade. Constatamos que nos estudos referidos, os autores apresentam valores inferiores de depressão e ansiedade aos encontrados na nossa amostra de doentes.

- (5) Na análise da relação entre severidade e sintomatologia psicopatológica, foram encontradas correlações significativas entre o SAPASI e o BSI nas subescalas de Somatização e Hostilidade na amostra. Os participantes com maior severidade da doença apresentam valores superiores de somatização e hostilidade. Também foram encontradas relações tendencialmente significativas com a Depressão e a Ansiedade. Neste sentido vão também os resultados de Gupta e colaboradores (1993) estes concluem que o sofrimento psicológico está relacionado com a severidade e que podem produzir níveis elevados de stress, depressão, e ideação suicida.

- (6) Na análise da relação entre a localização das lesões e a sintomatologia psicopatológica, foram encontradas correlações significativas quando as lesões estão localizadas na face, com as subescalas de Somatização, Obsessão Compulsão, Hostilidade e Ansiedade Fóbica. Também Gupta e Gupta (1998) apontam a importância da consideração sobre a localização da lesão referindo o rosto, a cabeça e o pescoço, podem debilitar particularmente o paciente.

- (7) Na análise da relação entre qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica, foram encontradas correlações positivamente significativas, em todas as nove dimensões avaliadas pelo BSI, concluindo que, o grau de incapacidade provocada pela psoríase está associado à elevada sintomatologia psicopatológica. Também Finlay e

Cole (1995), concluíram que a psoríase provoca grande impacto na qualidade de vida, 99% vivenciaram a experiência de rejeição social em locais públicos tais como piscinas, ginásios, cabeleireiro e em ambientes de trabalho, suscitando assim sentimentos de discriminação, desencadeando sentimentos de raiva, depressão, vergonha, ansiedade e isolamento social. Krueger e colaboradores (2001) concluíram também que a psoríase pode provocar um profundo impacto emocional, social, e na qualidade de vida, alguns pacientes relatam estar frustrados. Pacientes com psoríase apresentam uma redução na qualidade de vida, mesmo quando comparados com outras doenças crónicas, estes sentem-se estigmatizados, apresentando sintomatologia depressiva e tentativas de suicídio. (Langley et al., 2007; Sabbag, 2006 cit in Rodrigues e Teixeira, 2009)

- (8) Os participantes que consideram a doença como incómoda, apresentam sintomatologia psicopatológica em quase todas as dimensões do BSI, com a excepção da dimensão Ansiedade Fóbica, todas as outras dimensões avaliadas pelo BSI – Depressão, Obsessão Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Somatização e Psicoticismo, estão positivamente correlacionadas com a consideração do incómodo da doença.

- (9) Os participantes com comportamentos de risco nomeadamente consumo de tabaco e álcool, apresentam maior propensão para Ansiedade Fóbica e Psicoticismo. Também Martins e colaboradores (2004), concluíram que pacientes com psoríase relatam ainda que a sua condição clínica desencadeia sentimentos de raiva, depressão, vergonha, ansiedade, culminando no isolamento social e em consumo maior de álcool e tabaco.

4.3. Conclusão

Em suma, o objetivo traçado inicialmente de conhecer e explorar um grupo portador de psoríase da população portuguesa e a incidência na sintomatologia psicopatológica, obteve resultados semelhantes aos encontrados na literatura.

Consideramos que os resultados alcançados constituem um contributo para a intervenção psicológica em portadores de psoríase, nomeadamente por indicarem que estes apresentam níveis de ansiedade, depressão, somatização elevados, bem como alguns indicadores gerais de hostilidade (inadaptação à doença).

Em relação aos cuidados de saúde, todos os prestadores de serviços na área da saúde devem estar conscientes da importância dos seus papéis, nomeadamente em proporcionar apoio social específico em relação à psoríase, tendo em conta que os portadores de psoríase tendem a sentirem-se incompreendidos.

Realça-se ainda a importância da sensibilização junto da população portuguesa, considerando que a psoríase ainda é uma doença estigmatizante, ainda considerada erradamente por muitos como uma doença contagiosa.

Para concluir, gostaríamos de sublinhar a importância de se investigar nesta área em Portugal já que a investigação neste domínio, ainda é escassa. Sugerimos a investigação do impacto da psoríase no ambiente familiar, bem como a importância do suporte familiar.

Apesar de reconhecermos que esta investigação oferece apenas uma visão parcelar da complexidade da psoríase, e um pequeno contributo para o aumento da compreensão da população portadora de psoríase portuguesa, permitiu-nos constatar que esta é uma doença de grande impacto psicológico e merecedora de atenção.

Bibliografía

Akay, A., Pekcanlar, A., Bozdog, K., Altintas, L., & Karaman, A. (2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *European Academy of Dermatology and Venereology*, (16), 347-352.

Biljan, D., Laufer, D., Filavković, P., Situm, M., & Brataljenović, T. (2009). Psoriasis, Mental Disorders and Stress. *Coll. Antropol*, 33, 889-892.

Brauchli, Y., Jick, S., Miret, M., & Meier, C. (2009). Psoriasis and risk of incident cancer: An Inception Cohort Study with a Nested Case–Control Analysis Psoriasis and Risk of Incident Cancer. *Journal Investigative Dermatology*, 129, 2604-2612.

Brufau, R., Berná, J., Redondo, C., Ramirez, A., & Gras, R. (2010). *Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis*. *Anales de Psicología*, 26, 335-340.

Cohen AD, Dreiherr J, Birkenfeld S. (2009) Psoriasis associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *J European Academy Dermatology Venereology* 23: 561-565

Christophers, E., & Mrowietz, U. (1999). Psoriasis. *Dermatology in General Medicine New York: McGraw-Hill*, 5, 495-521.

Duarte, G., Follador, I., Cavalheiro, C., Silva, T., & Oliveira M. (2010). Psoriasis and obesity: literature review and recommendations for management. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 85, 355-360.

Dubertret, L., Mrowietz, U., & Ranki A. (2006) European patient perspectives on the impact of psoriasis. The EUROPSO patient membership survey. *British Journal Dermatology*, 155, 729-736.

Finlay A. (2001) Psoriasis from the patient's point of view. *Archives of Dermatology*, 137:352-353.

Finlay, A., & Coles, E., (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal Dermatology*, 32, 236-44.

Foraster, C., García-Díez, A., Tudela, L., Bermúdez-Rey, L., & Llach, X. (2006). Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Medicine Clinic*, 9, 325-329.

Fortune, D., Main, C., Sullivan, T., & Griffiths, C. (1997). Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *British Journal of Dermatology*, 137, 755-760.

Frentz G, Olsen J. (1999). Malignant tumours and psoriasis: a follow-up study. *British Journal of Dermatology*. 140:237-242.

Garcia, M. J. & Ruiz, S. (2001). Estrés, calidad de vida y psoriasis: estado actual. *Psiquiatria Biológica*, 8; 141-145.

Gelfand, J., Feldman, S., Stern, R., Thomas, J., Rolstad, T., & Margolis, D. (2004). Determinants of quality of life in patients with psoriasis: A study from the US population. *American Academy of Dermatology*, 51, 704-708.

Gelfand, J., Neimann, A., Shin, D., Wang, X., Margolis, D., & Troxel, A. (2006) Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA*, 296, (14), 1735-1741.

Gelfand, J., Troxel A., Lewis, J., Kurd, S., Shin, D., Wang, X., Margolis, D., & Strom, B. (2007). The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population based study. *Archives of Dermatology*, 143, 1493-1499.

Ginsburg, H., Link, B. G. (1989). Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy Dermatology*, 20, 53-63.

Griffiths, C., & Richards, H. (2001) Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26, 338-342.

Gupta, M., Schork, N., & Gupta. A. (1993) Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 32: 188-190

Gupta, M., Gupta A. (1995) Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology*, 34, 700-703.

Gupta, M., Gupta, A., & Wateel GN.(1998). Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutaneous Medicine for the Practitioner*, 61, 339-42.

Gupta, M., Gupta, A. (1998) Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal Dermatology*, 139, 846–50.

Gupta, M., & Gupta, A., (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (12), 833-842.

Hansson GK. (2005) Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N Eng J Med* 352: 1685-1695

Henseler, T., & Christophers, E. (1995). Disease concomitance in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32, 982-986.

Henseler T, & Cristophers E. (1985) Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of American Academy of Dermatology*, 13, 450-6.

Kiliç, A., Güleç, M., Gül, U., Güleç, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 22:537-42.

Kirby, B., Richards, H., Mason, D., Fortune, D., Main, C., & Griffiths, C. (2008) Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *British Journal Dermatology*, 158, 138-140.

Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokic-Begic, N., & Gregurek, R. (2010). A multivariate Analysis of Clinical Severity, Psychological Distress and psychopathological Traits in Psoriatic Patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 90, 251-256.

Kurd, S., Troxel, A., Crits-Christoph, P., & Gelfand, J. (2010). The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Arch Dermatology*, 146(8): 891–895.

Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Mentey A. (2001) The impact of psoriasis on quality of life. Results of a 1998 national psoriasis foundation patient-membership survey. *Archives of Dermatology*, 137, 280-284.

Lafer, B., Almeida, O., Fráguas, R., Miguel E.(2000). Depressão no Ciclo da Vida. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22 (3), 149-52.

Langley, R., Krueger, G., & Griffiths, C. (2005). Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, 18-23.

Leibovici, V., Canetti, L., Yahalomi, S., Cooper-Kazaz, R., Bonne, O., Ingber, A., & Bachar, E. (2010). Well being, psychopathology and coping strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, 8, 897-903.

Magin,P., Adams, J., Heading, G., Pond D., & Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*. 14;(2)150-161.

Malhotra, S., & Mehta V. (2008). *Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 74:594-9.

Mallbris, L., Akre, O., Granath, F., Yin, L., Lindelo, B., Ekbom, A., & Stahle-Backdahl, M. (2004) Increased risk for cardiovascular mortality in psoriasis inpatients but not in outpatients. *European Journal Epidemiology*, (19), 25-230.

Martins, G., Arruda L., & Mugnaini, A. (2004) Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de Psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79, 521-535.

Mattoo, S., Handa, S., Kaur, I., Gupta, N., & Malhotra, R. (2005). Psychiatric Morbidity in Psoriasis: Prevalence and Correlates in India. *German Journal of Psychiatric*, 8, 17-22.

Mazzetti M, Mozzetta A, Soavi G, Andreoli E, Foglio Bonda PG, Puddu P, Decaminada F. (1994). Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Dermatology Venereology Supplement*, 186:62– 4.

Mental Health Issue Brief January. (2011, January). *National Psoriasis Foundation*.

Mease, P., & Menter, M. (2006). Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *Journal American Academy Dermatology* (54), 4: 605-704

Mingnora, R. C., Loureiro, S. R., & Okino, L. (2002). Pacientes com psoríase: Qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 77, 147-159.

Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.

McKenna S., Cook S., Whalley D., Doward L., Richards H., Griffiths C., Van Assche D. (2003). Development of the PSORIQoL, a psoriasis-specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *British Journal of Dermatology*, 149:323-331.

Naldi, L., Chatenoud. L., Linder, D., Belloni, F., Peserico, A., Virgili, A., et al. (2005) Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an italian case control study. *Journal Investigative Dermatology*, 141, 1527-34.

Naldi L, Gambini D. (2007) The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol*. 25:510-518

Neimann, A. L., Porter, S. B., & Gelfand, J. M. (2006). The epidemiology of psoriasis. *Experimental Review of Dermatology*, 1, 63-75.

Neimann, A. L., Shin, D. B., Wang, X., Margolis, D. J., Troxel, A. B., & Gelfand, J. (2006) Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy Dermatology*, 55, 829-835.

Olsen JH, Moller H, Frenzt G. (1992) Malignant tumors in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy Dermatology*, 27, 726-722.

Picardi, A., Abeni, D. (2001). Stressfull life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and Psicossomatics*, (92), 118-136.

Rapp S., Feldman S., Exum M., et al. (1999) Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of the American Academy Dermatology*. (41), 401-407.

Richards, L., Fortune, G., Griffiths, E., & Main, J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50 (1), 11-15.

Richards, L., Fortune, G., & Weidmann, A. (2004) Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient. *British Journal Dermatology*. (151), 1227-1233.

Richards, L., Fortune, G., Griffiths, E. (2006). Adherence to treatment in patients with psoriasis. *Journal European of Academy Dermatology Venereology*, 20:370-9.

Vivas, R., & Sarritiello, S. (2002). Cinco casos demostrativos de un estudio psicomástico en enfermos psoriáticos. *Archivos Del Hospital Vargas*, 44 (1/2), 60-67.

Sabbag, C. (2006) A Pele Emocional – Controlando a Psoríase. São Paulo: Iglu Editora LTDA, 176.

Sampogna, F., Sera, F., Abeni, D., & IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (2004) Measures of Clinical Severity, Quality of Life, and Psychological Distress in Patients with Psoriasis: A Cluster Analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, (122), 602-607.

Sampogna, F., Picardi, A., Chren, M. (2004) Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosomatic Medicine* (66), 620-624.

Schmitt, J., & Ford, D. (2007) Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis – a structural equations modeling approach. *General Hospital Psychiatry* (29), 134–140.

Steiner, D., & Perfeito, F. (2003). A relação entre stress e doenças dermatológicas. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicação clínica. *São Paulo: Casa do Psicólogo*; 111-114.

Teng, C., Humes, E., & Demetrio, F. (2005). Depression and medical comorbidity *Revista. Psiquiatria. Clínica*. 32 (3); 149-159.

Valverde, J., Mestanza, M., & Asenjo, C. (2005). Psoriasis relacionada a vulnerabilidade psiquiátrica. *Folia Dermatology* 16 (3), 119-122

Weiss, S., Kimball, A., Liewehr, D., Blauyeltet, A., Turner, M., & Emanuel, E. (2002) Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *Journal of the American Academy Dermatology*. 47; 512-518

Weiss, S., Bergstrom, K., Kimball, A (2003). Quality of life considerations in psoriasis treatment. *Dermatology Nursing*, 15 (2), 120-126.

Zachariae, R., Zachariae, H., & Blomqvist, K. (2002) Epidemiology and health services research. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *British Journal Dermatology*. (146), 1006-1016.

Anexos

Anexo 1

Autora de um Artigo a ser submetido

Sintomatologia Psicopatológica na Psoríase

(a) Psychopathological Symptoms in Psoriasis

(b) Institute of Health Sciences - North, Department of Psychology, Department of Pharmaceutical Sciences, CICS - Centre for Research in Health Sciences

(d) Pereira, Â., Ribeiro, C., Taveira, T., Teixeira, A. & Almeida, V. PhD

(e) Vera Almeida, PhD

Departamento Psicologia

Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte

Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 Gandra Paredes Portugal

Tel: +351 22 4157176

Vera.marg@gmail.com

ABSTRACT

Objective: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease with different clinical and severity manifestations. It is estimated that 1.8% of the portuguese population is affected by the disease. As with all chronic diseases, psoriasis affects on quality of life at social, emotional and professional dimensions. However, in Portugal, few studies have been carried out with psoriasis population, for this reason we sought to explore the psychopathological symptoms in those patients. Methods: 228 participants, 114 males and 111 females were recruited in collaboration with the Portuguese Association of Psoriasis-PSO. All participants completed the protocol: demographic and clinical questionnaire, SAPASI (Self-Administrated Psoriais Area and Severity Index), PDI (Psoriasis Disability Index), and BSI (Brief Symptom Inventory). The main results showed that: (1) 49.1% of participants have other diseases associated with psoriasis; (2) more than half of the sample indicated the presence of psoriasis in the family (57%); (3) approximately 40.4% reported having been diagnosed with anxiety or depression, (4) participants with more severity of disease have higher values of somatization and hostility, (5) participants with lesions on the face have higher values of hostility, obsession compulsion, somatization and phobic anxiety. **Conclusion:** The results constitute a important contribution to therapeutic interventions approach in order to improve quality of life in patients with psoriasis,

particularly because indicated significant levels of anxiety, depression, somatization and hostility in these patients.

KEYWORDS. Exploratory study. Psoriasis. Psychopathological symptoms.

Introduction

Psoriasis is a chronic dermatosis of the skin that can appear under different clinical types (vulgaris or plaque psoriasis, guttate psoriasis, inverse psoriasis, pustular psoriasis or erythrodermic psoriasis) and varying severity, from mild to severe forms of the disease. Cause functional limitations and consequently impact on the quality of life, especially when it is considered moderate or severe.ⁱ⁻ⁱⁱ May achieve only limited areas of skin - elbows, knees, scalp, or be very extensive (reaching over 90% of skin surface) and compromising mobility when it reaches the joints or feet. The signs and symptoms associated with psoriasis such as redness, flaking lesions, itching or pain may affect the daily activities and social relationships especially when they involve partial or total exposure of the body.^{iii-iv-v-vi} In general, individuals with psoriasis tend to avoid social situations that involve a greater exposure of the body. The reluctance to engage in sociable situations is greater the greater the extent or severity of lesions or when lesions are present in a visible area of the body like the scalp face or hands, and disease duration is longer or in younger individuals.^{vii} The appearance of the skin can cause anxiety, low self-esteem, shyness and consequently can lead to social isolation, restriction of social activities, may also negatively influence the affective and sexual relationships, as well as affect mental health.² Psoriasis is also associated with a high comorbidity and has a high socio-economic impact, either by spending on treatment and by high absenteeism caused by illness.^{viii} Patients with psoriasis tend to show that they feel judged, evaluated and stigmatized.^{ix} The present study is exploratory in nature, aiming to characterize a group of Portuguese population suffering from psoriasis, with regard to the incidence of psychopathological symptoms. The objectives of this research consists in the search for greater understanding between the relationship of psoriasis (severity of injury, disability index caused by disease, location of injury, discomfort of the disease) with symptoms of psychopathology in the Portuguese population.

Method

Sample

The study sample consists of 228 participants, 114 males and 111 females, age of participants varies between 17 and 82 years, the average being 46.65 years + / - 14.69.⁸ More than half of

⁸ Three participants did not indicate the sex and age 5.

the sample are married or unmarried couples (58.8%). Among the remaining 29.4% were single, 5.7% are divorced or separated and the same percentage are widows.⁹ As the academic qualifications 31.1% attended a university.¹⁰ For the work situation, it is found that 65.6% of the sample is employed. In terms of "race", 98.9% are Caucasian. Only one participant is Negroid group and one from Asia.¹¹ As for the residential area it is noted a higher incidence in the regions between Douro and Minho (47.4%) and Estremadura and Ribatejo (35.5%). In table I (insert tabel I) we summarize the description of the sample on demographic variables. Regarding clinical variables, the participants were diagnosed on average for about 21 years ($M = 20.98$, $SD = 13.81$, range from less than 1 year and 69 years).¹² Over half the sample indicated that there is family history of psoriasis (56.9%).¹³ Regarding the use of professionals to treat the disease, participants were asked about the number of dermatologists who have used the past two years. Verified that between the 219 subjects who have provided information, 78.1% used by these two specialists, 13.7% from 3-5, and the remaining 8.2% resorted to 6 or more. Regarding the use of other medical specialties, about half ($N = 115$, 50.44%) of respondents indicated having done so in recent years, with the following distribution: up two of these physicians, 80.9% ($N = 93$), between 3-5, 12.1% ($N = 14$): 6 or more, 7.0% ($N = 8$). As the number of participants experienced by treatment we verified that about 22.4% resorted to treatments 2, 28.9% from 3-5, and 42.1% used six or more treatments. Regarding satisfaction with the current treatment for psoriasis, participants report being on average between "somewhat" satisfied and satisfied, $M = 2.66$ ($SD = 0.87$) In fact, the average is significantly greater than either "Somewhat satisfied " ($t = 2$, $t_{223} = 11.39$, $p < .001$), as less than " Satisfied " ($t = 3$, $t_{223} = -5.85$, $p < .001$). We analyzed the number of days that participants missed work / school because of illness in the last six months, we concluded that on average missed 1.56 ($SD = 6.13$). We also analyzed the number of days that participants changed daily activity due to illness in the last six months found that on average 3.44 ($SD = 16.67$). When asked if you have ever been denied access to some professional activity because of psoriasis, approximately 8.3% answered yes and 90.4% replied that they were also asked whether psoriasis conditioned the choice of profession, about 15.4% answered yes and 82% said no. We observed that participants spend on average per month in the treatment of psoriasis 54.1 euros. On the question of how to consider consider the severity of their disease, we found that approximately 40.8% consider a minor illness, about 44.7% considered severe disease and 12.7% consider the very severe disease. We also observed that about 12.3% considered their disease slightly uncomfortable, feels uncomfortable 44.7% and 41.2% considered very uncomfortable. We found that 49.1% of participants have other

⁹ One participant did not indicate marital status

¹⁰ Ten participants did not answer this question.

¹¹ Forty-three participants did not answer this question.

¹² Only one participant indicates diagnosis of the disease for less than 1 year and 34 did not reply.

¹³ Three participants did not answer this question.

diseases, all osteo-articular diseases (19.3%), arthritis (14.5%), metabolic diseases (12.7%), cardiovascular (12.3%), respiratory diseases (11%), neurological (7 %), hearing loss (4.4%), gastrointestinal (3.9%), renal (3.1%), psychiatric (2.2%), and blindness (0.9%). We concluded that 40.4% of participants reported having been diagnosed with anxiety and / or depression.

We found that 36.4% reported that having a family history of anxiety and / or depression. As for psychological / psychiatric report that 25.4% is up and about 20.2% initiated consultations for less than 6 months and 0.4% started more than six months. We also verified that 25.9% of participants taking antidepressants or anxiolytics. We examined the health behaviors of the participants regarding last week when the administration of the protocol and we found that on average participants smoked cigarettes per day 3.52 (SD = 7.31). Regarding the ingestion of coffee per day found an average of 1.90 (SD = 1.52) In relation to alcohol consumption in ounces per day found an average of 0.67 (SD = 1.19). Also in relation to health behaviors found that participants practice on average 2.08 (SD = 2.65) hours of exercise per week. As the number of hours of sleep per day on average the participants referred 7.08 hours (SD = 1.22).

Procedure

The participants were recruited through the Portuguese Association of Psoriasis. After informed consent were administered various instruments between May 2011 and September 2011, and had the procedure to complete the protocol via online - participants responded via online except SAPASI completing the instrument, which was completed in paper format. Approximate time to complete the instruments was 30 minutes.

Measures

- File socio-demographic and clinical (Almeida & Teixeira, 2011) is an instrument to collect socio-demographic and clinical data such as gender, age, marital status, occupation, employment status, race and area residence. Health data such as date of first diagnosis of psoriasis, family history of psoriasis, number of physicians consulted for treatment in the last two years, satisfaction with current treatment, number of days missed work / school, as well as the number of days that changed the daily activities and the presence of comorbid physical and / or psychiatric. Finally a brief collection related to health behaviors.

- Index of self-administered psoriasis area and severity (SAPASI) allows patients to objectively measure the severity of their psoriasis. The measure takes into account the area of lesions of psoriasis on the body and the characteristics of these lesions: the redness, thickness and scaling.^x

-Index of disability caused by psoriasis (PDI): this is a specific questionnaire for patients with psoriasis, with questions about the last four weeks and can be analyzed from five aspects: disability index in daily activities at work or school, and these alternative questions and only

applicable when the participant is working and / or studying, personal relationships, leisure activities, and finally treatment.^{xi}

- Brief Inventory of psychopathological symptoms (BSI): evaluates psychopathological symptoms in terms of nine dimensions of symptomatology and three Global Indices. This inventory includes 53 items which the subject must respond in a 5-point Likert scale from 0 (not at all) to 4 (extremely). This instrument assesses nine symptom dimensions: Somatization, Obsessions, Compulsions, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, Psychoticism.^{xii}

Results

We analyzed the internal consistency of the scale BSI, it is concluded that it is high in all subscales thereof. Table II presents the detailed results of Cronbach α and compared to values obtained with the author that has measured this instrument for the Portuguese population. Insert table II

We studied the relationship between the variables gender and age with psychopathological symptoms, not finding significant correlations.

It also explored possible correlations between clinical variables number of years since the first diagnosis of the disease and perception of disease severity and psychopathological symptoms, however there were no significant correlations.

In order to study possible associations between the disease severity and psychopathological symptoms we used Pearson's or related BSI and SAPASI. The results are shown in table III. - Insert table III –

In order to study possible associations between psychopathological symptoms with the location of the lesions: face, hands, feet and genitals, we used Pearson's or related BSI and locations, and the psychopathological symptoms including hostility dimension $r = .22$, there significantly associated with the lesions located on the face, as suggested in Table IV. - Insert table IV –

In order to analyze the relationship between quality of life and psychopathological symptoms, was related to the BSI with the PDI. It appears that the various dimensions of the BSI are positively correlated with the PDI - Total. See Table V-Insert table V –

We analyzed the relationship between the perception of nuisance variables and psychopathological symptoms of the disease, verifying the existence of a significant correlation

with higher depression and somatization (Table VI). Insert table VI, followed by Anxiety and interpersonal sensitivity.

Analyzing table found that the severity of disease is evaluated by SAPASI associated with low magnitude of the correlations with the Somatization, $r = .14$, and the size Hostility, $r = .14$. We also found significant relationships tend to Anxiety, $r = .13$, and the Depression, $r = .12$ (rest higher correlation, $r = .10$, ns).

Discussion

The present study suggests that in Portugal the prevalence of psoriasis is identical for both sexes (male $N = 114$, females $N = 111$). Finlay and researchers (2001)^{xiii}, Richard and colleagues (2000)^{xiv}, concluded that psoriasis can affect both sexes equally and that there is no correlation between the variable gender and psychopathology. There were no significant correlations between the variables gender and psychopathological symptoms as a study of Picardi et al (2005)^{xv}. Richards and colleagues (2001)¹⁴ found slightly higher rates of depression and anxiety in females compared with males.

In this study, participants have other diseases associated with psoriasis, and 49.1% of participants reported having osteoarticular diseases, rheumatism, metabolic, cardiovascular, respiratory, neurological, deafness, gastrointestinal, renal, and psychiatric. Also Cohen, Dreier and Birkenfeld (2009),^{xvi} concluded that inflammatory bowel diseases seem to be also associated with psoriasis, Schmieder and colleagues (2011)^{xvii} developed a study to determine the comorbidity such as psoriasis with the conclusion that 27% of subjects suffering from psoriatic arthritis, 13.5% of cardiovascular diseases, diabetes 8%, and 12.9% of depression. No significant correlations were found between the ratio of the variable diagnosis (number of years since the first diagnosis of the disease) and psychopathological symptoms, contrary to a study by Kotruljae employees (2010)^{xviii} concluded that patients with late onset of psoriasis have higher levels of depression, hypochondria and hysteria than patients with early disease. In our study this with no other correlations were found between the perception of disease severity and psychopathology^{xix-xx} and psychopathological symptoms, contrary to some studies that indicate that the severity is correlated with psychopathology.^{xxi-xxii} In the present study also concluded that 40% of participants reported having been diagnosed with anxiety or depression, also

Schimtt and Ford (2007)^{xxiii}, concluded that about 32% of participants responded positively to depression; Biljian and colleagues (2009)^{xxiv} concluded that 13.7% suffer from anxiety, depression; Kiliça and his group (2008)^{xxv}, prepared a study which found that participants with psoriasis are more depressive than those participants without conditions; Mazzetti et al (1994)^{xxvi} concluded that about 12.5% have anxiety. We verified that in these studies, the authors present lower values for depression and anxiety to those found in our sample of patients. Participants with highest severity measured by SAPASI have higher values of somatization and hostility, and significant associations tend to Depression and Anxiety. Gupta and researchers (1993)^{xxvii} concluded that the psychological distress is related to the severity and which can produce high levels of stress, depression and suicidal ideation. We also found significant correlations between the location of lesions on the face with the subscales of Somatization, Obsessive Compulsive, Hostility, and Phobic Anxiety. Also Gupta and Gupta (1998)^{xxviii} indicate the importance of consideration of the location of the lesion referring to the face, head and neck, particularly as these could weaken the patient. Regarding the degree of disability caused by psoriasis was concluded that this increases the psychopathological symptoms. We consider that the results represent a contribution to psychological therapy in patients with psoriasis, particularly because they indicate that they have anxiety, depression, high somatization, as well as some general indicators of hostility which may indicate the existence of difficulties in adapting to the disease

Acknowledgments

To all the people involved and participating in this study, the PSOPortugal-Portuguese Association of Psoriasis, for mutual aid in the recruitment of patients with psoriasis, the Higher Institute of Health Sciences - North and CICS - Centre for Research in Health Sciences for funding.

ⁱMcKenna SP, Cook SA, Whalley D et al. Development of the PSORIQoL, a psoriasis-specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *Br J Dermatol* 2003; 149: 323-331

ⁱⁱ Martins, G., Arruda L., & Mugnaini, A. (2004) Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de Psoríase. *An Bras Dermatol* 2004; 79, 521-535.

^v Ginsburg, H., Link, B. G. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*; 1989; 20, 53-63.

^{vi} Picardi, A., Abeni, D. Stressfull life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and Psicossomatics* 2001; (92), 118-136.

^{vii} Mingnorange, R. C., Loureiro, S. R., & Okino, L. (2002). Pacientes com psoríase: Qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 77, 147-159.

^{viii} Martins GA, Arruda L, Mugnaini ASB. Validacao de questionarios de avaliacao da qualidade de vida em pacientes de psoriase. *An Bras Dermatol* 2004; 79: 521-535

^{ix} Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Mentey A. The impact of psoriasis on quality of life. Results of a 1998 national psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001; 137: 280-284

^x Feldman SR, Fleischer AB, Reboussin DM, Rapp SR, Exum ML, Clark AR, et al. The self-administered Psoriasis Area and Severity Index is valid and reliable. *J Invest Dermatol* 1996;106:183– 6.

^{xi} Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995;132:236–44.

^{xii} Machado, M., Almeida, M. Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados Para a População Portuguesa (Vol. III; pp. 305-326). Quarteto Editora.

^{xiii} Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997; 136: 305-314

^{xiv} Richards H, Fortune D, Griffiths C, & Main C. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosomatic Research* 50 (2001) 11±15

^{xv} Picardi. A., Mazzotti. E., Gaetano. P., Cattaruzza. M., Baliva. G., Melchi., Biondi. M., Pasquini. P. Stress, Social Support, Emotional Regulation, and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis. *Psychosomatics* 2005; 46:556–564

^{xvi} Cohen AD, Dreiherr J, Birkenfeld S. (2009) Psoriasis associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 23: 561-565

^{xvii} Schmieder, A., Schaarschmidt, M., Umar, N., Terris, D., Goebeler, M., Goerdts, S., Peitsch. Comorbidities significantly impact patients' preferences for psoriasis treatments. (2011). *J Am Acad Dermatol*

^{xviii} Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokić-Begić, N., & Gregurek, R. A Multivariate Analysis of Clinical Severity, Psychological Distress and Psychopathological Traits in Psoriatic Patients *Acta Derm Venereol* 2010; 90: 251–256.

^{xix} Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004;45(3):155-159.

^{xx} Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorder: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 833–842.

^{xxi} Devrimci-Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14(4):267-271

^{xxii} Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004;45(3):155-159.

^{xxiii} Schmitt, J., & Ford, D. (2007) Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis – a structural equations modeling approach. *General Hospital Psychiatry* (29),134–140.

^{xxiv} Biljan, D., Laufer, D., Filavković, P., Situm, M., & Brataljenović, T. (2009). *Psoriasis, Mental Disorders and Stress*. Coll. Antropol, 33, 889-892.

^{xxv} Kiliç A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:537-42.

^{xxvi} Mazzetti, M., Mozzetta, A., Soavi, G. C., Andreoli, E., Foglio Bonda, P. G., Puddu, P., & Decaminada, F. (1994). Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Dermato Venerreologica Supplementum (Stockh)*, 186, 62-4.

^{xxvii} Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK. (1993) Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 32: 188-190

^{xxviii} Gupta, M., Gupta, A., & Watteel GN.(1998). Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutaneous Medicine for the Practitioner*, 61, 339-42.

Anexo 2

Co-autora de um Artigo submetido

How Severe is Psoriasis for those Patients? Validation Study of the Portuguese version of Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI)

How Severe is Psoriasis for those Patients? Validation Study of the Portuguese version of Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI)

Psoriasis Severity Evaluation

Abstract: 198 words

Body text: 2731 words

Tables: 6

C. Ribeiro, A. Pereira, T. Martins, A. Teixeira & V. Almeida

Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU, Gandra PRD, Portugal

Correspondence:

Vera Almeida,

Instituto Superior de Ciências da Saúde –Norte, CESPU

Rua Central de Gandra, 1317 / 4585-116 Gandra, Portugal

Phone: +351 224 157 176

email: vera.marg@gmail.com

Funding sources: Financial support was supplied by Health Sciences Research Center of the Advanced Institute of Health Sciences – North (project 04-GCQF-CICS-2011N)

Conflicts of interest: None declared

Bulleted Statements

- The SAPASI is internationally recognized as a valid and useful instrument in assessing the perceived severity of psoriasis. The assessment of psoriasis severity is central to the study of disease in several areas, such as clinical or research.
- There was no Portuguese version of SAPASI. This work resulted in the adaptation of SAPASI, for Portuguese population, which showed to be an instrument with good psychometric features.

Abstract

Background: psoriasis affects 1-3% of the world's population and its severity has a large spectrum, between small and located lesions to all body affected. The development of valid instruments to measure psoriasis severity is needed to study this disease.

Objectives: validation for the Portuguese population of Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI).

Methods: the sample of 228 psoriatic patients was evaluated, in a cross-sectional study, using the instruments: socio-demographic and clinical questionnaire, SAPASI and Psoriatic Disability Index (PDI). For a translation, back SAPASI adaptation-translation and the pre-test implementation were carried out.

Results: the Portuguese version of SAPASI showed an internal consistency calculated by α of Cronbach of 0.80. The criterion validity was tested by association of results obtained by SAPASI and PDI, results indicated significantly correlation, $r = 0.26$, $P < 0.01$. SAPASI is also significantly correlated with patient's perception of psoriasis severity and disease discomfort (respectively, $r = 0.35$ and $r = 0.32$, $P < 0.01$).

Conclusions: The study of the psychometric characteristics of the Portuguese version of SAPASI indicated its qualities as a valid and reliable instrument that can be used in scientific research and also in clinical practice.

Key words: Severity; Psoriasis; Psychometric analysis, SAPASI validation, Portuguese version

Introduction

Psoriasis is a chronic skin disease highly variable in morphology, distribution, severity and course ¹ that affects 1-3% of the world's population ². Because of chronicity of this disease and the visibility of lesions, psoriasis has a strong psychosocial and economic impact. Given the diversity and severity of the disease, which could be expressed from small and located lesions to a large surface of body affected, the characteristics of the lesions (*color, scaliness and thickness*) and their location (face, hands, nails, genital area), as well as the itching or painful character of lesions (including those relating to

feet and hands), can influence how each patient deals with the disease ³. Consequently, the evaluation of the disease severity is therefore fundamental to the study and understanding of the disease and to the development of therapeutic approaches ⁴⁻⁹. SAPASI is a valid instrument for assessing psoriasis severity with the advantage of being self-administrated including the patient's perception.

Clinically the severity of this disease has been evaluated by the intensity and extent of psoriatic lesions ⁸, however more recently the severity of psoriasis is considered severe if it is very radiated, if the patient seems quite concerned, if the treatment is aggressive, or if it has lesions with special presentations (like palm-planting type - which could result in inability to practice - or even the face or genitals) ¹⁰. Although the measures of the clinical severity of psoriasis may not reflect the perception of the disease impact in patient's life ¹¹, such measures may be correlated with measures of QoL (Quality of Life). So, the assessment of severity of psoriasis can cover a subjective and/or objective evaluation of the physical aspects and symptoms of the disease, the measurement of its impact on patients and their response to therapy. The assessment of psoriasis severity, including all areas of impact on patients seems utopian, for this reason it becomes urgent the validation of existing measures ¹² especially patient-centered measures to consider his perception about the disease and how it affects him in the physical, psychological and social level ^{13, 14}. And because no method, by itself, seems to be able to assess all the dimensions of psoriasis severity ^{15, 16}, the traditional methods for measuring the severity of the disease focus on skin lesions and includes PASI and SAPASI.

Therefore, the goal of this work is to adapt culturally and linguistically the SAPASI, the questionnaire developed in 1994 by Fleischer and collaborators ¹⁷ to assess the severity of psoriasis through a self-administered instrument. The evaluation is performed by direct measurement of patient's perception about the disease by assessing the extent and characteristics of psoriatic lesions. This adaptation is performed through the translation process and verification of content validity, internal consistency and validity of criterion.

Patients and methods

The sample was obtained from the Portuguese Association of Psoriasis (PSO Portugal). Protocol consisted in socio-demographic and clinical questionnaire, SAPASI and PDI. The survey was conducted between April 2011 and October 2011.

After authorization by the patent holders, the adaptation for Portuguese language (Portugal) of the original version of SAPASI¹⁷, was made through the translation and retroversion. After measurement of differences found, a proposal has been achieved for the Portuguese version of SAPASI that was subsequently submitted to the approval of the author and to a comprehension test, conducted on a pilot study with a group of patients. The acceptance was excellent and patients referred that the items were easy to understand and appropriate for the assessment of the severity of the disease.

The obtained version was tested for evaluation of their psychometric properties (reliability, content validity and validity of criterion). Initially was made a descriptive analysis of patient's socio-demographic and clinical characteristics of the population. The internal consistency was evaluated by calculating the coefficient *Cronbach's alpha* to the total score. According to the psychometric standards a *Cronbach's alpha* ≥ 0.70 is considered good. To test the validity of criterion, it was estimated the correlation between the SAPASI scores and PDI using the *Pearson's r test*.

Instruments

-Socio-demographic and clinical questionnaire¹⁸. To obtain demographic and social information of the sample was developed a questionnaire, which included items such as: sex, age, marital status, educational level, occupation, professional status, race and residence. Also, there were some disease related issues such as: disease duration, family history of psoriasis, number of dermatologists and other physicians consulted, degree of satisfaction with treatment, changes in daily activities, days off from work, severity and impact of the disease, co-morbidity, anxiety and/or depression, counseling, anxiolytic or antidepressant treatment. Finally, health behaviors, such as quantity of alcoholic drinks and coffees per day and smoked cigarettes, as well as number of hours of workout by week and hours of sleep per day.

-Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI)¹⁷. This instrument is a simplified version and self-administered of Psoriasis Area and Severity Index (PASI)¹⁹⁻²¹. In this instrument the patient indicate his perception of the three characteristics of psoriatic lesions: color (No Redness, Slight Pink, Pink, Red, Dark

Red), thickness (No Thickness, Feels Firm, Raised, Thick, Very Thick) and scaliness (No Scale, Slight Scale, Scaly, Flacky, Very Flacky), in a visual analog scale. In all dimensions the score that the patient assigns (0-120) is directly related with the severity of the disease. The perceived psoriasis severity is still described by the affected body part (Head, Upper Extremity, Trunk and Lower Extremity), which is scored by the shaded area in the images of a human figure facing forwards or rearwards.

To score the instrument, the rater first scores the area involved for each of four areas: head, upper extremities, trunk and lower extremities. The scoring is done on a 0 to 6 scale, where 0 indicates no involvement, 1 is <10%, 2 is 11-30%, 3 is 31-50%, 4 is 51-70%, 5 is 71-90%, and 6 is 91-100%. Each of the four area scores is multiplied by a constant indicative of how large that body region is. The head area is multiplied by 0.1, the upper extremity area by 0.2, the trunk area by 0.3, and the lower extremity area by 0.4. These normalized area scores are then summed to yield a total area score.

The color, thickness and scale are scored by measuring in millimeters the length of the line from its beginning to the mark made by the subject. These lengths are then summed, and divided by the total length of the line in millimeters. This is multiplied by four to normalize each of the length scores to a 0-4 scale. Multiplying the result by the total area score yields the final SAPASI score.

- **Psoriasis Disability Index (PDI) Portuguese Version**²². To quantify the impact of psoriasis on patients quality of life, the PDI was developed for patients upper to 16 years, and they must consider the four weeks prior to filling out the questionnaire. It consists of 15 items, and is divided into 5 subscales (daily activities, work/school or alternative questions, personal relationships, leisure and treatment). The score for each question is given in 4 options, nothing (= 0), slightly (= 1), rather (= 2), lot (= 3). The PDI score is then calculated as the sum of the score of each of the 15 questions. The final score indicates that higher values are related with higher disability caused by Psoriasis²³.

Results

Our sample consisted in 228 participants, being 114 males (Table 1). The ages mean was 46.65 years (SD = 14.69: values between 17 and 82 years). More than half of the

participants were married or in cohabitation (58.8%). Among the remaining participants, 29.4% were single, 5.7% were divorced or separated and 5.7% were widowers. In terms of educational level, 29.6% of patients had lesser than the 9th grade, 22.1% between 10th and 12th grade, 16.8% had bachelor's degree and 41.4% were college graduates.

With regard to professional status, 65.6% of this population was employed, the remaining cases were distributed as follows: 1.8% of participants were of sick leave, 12.8% were unemployed and 18.7% were retired (3.2%, by disability). In terms of "race", 98.9% were Caucasian. Relating to the distribution of participants by country regions on the continent, nearly half of this population (108 participants) lived between the region of Douro and Minho, 37% of the participants resided in Estremadura and Ribatejo, the remaining 32 participants were distributed among other regions, only one element lived in Azores.

(Insert Table 1.)

Relating to clinical characteristics (table 2), we verified that psoriasis was diagnosed for about 21 years (mean = 20.98, SD = 13.81; variance between less than a 1 and 69 years) and more than half of participants indicated the existence of psoriasis history in their families (56.9%). Concerning the treatment of the disease, the participants were asked about the number of dermatologists consulted in the past 2 years. We can see that among the 219 participants that had provided information, 78.1% consulted less than 2 dermatologists. About half ($n = 115$, 50.44%) of participants indicated to have consulted other physicians in the past 2 years, and 80.9% consulted less than 3 physicians. In terms of satisfaction with the current treatment, participants reported being between "slight satisfied" and "satisfied", mean = 2.66 (SD = 0.87). In fact, the average is significantly higher than the "slight satisfied" ($= 2$, $t_{223} = 11.39$, $P < 0.001$), as less than "satisfied" ($= 3$, $t_{223} = -5.85$, $P < 0.001$).

We found that only 110 participants (48,2%) answered the co-morbidity question and 40% of these reported to have diseases of musculoskeletal system and 30% had reported the manifestation of a rheumatic condition. Also associated with psoriasis were metabolic (26%), cardiovascular (25%) and respiratory (23%) diseases. According to

psychiatric conditions and neurological disorders, 15% and 5% of the participants, respectively, refer they had these co-morbidities.

(Insert Table 2.)

88.15% of 228 participants (201 participants) answered SAPASI questionnaires. SAPASI results indicated that 5% of participants were in remission of psoriasis, 27.4% had a mild psoriasis severity index, 51.7% a moderate severity index and 15.9% of participants had a severe psoriasis (table 3). The average index of severity of psoriasis (SAPASI) was 1.78 with a standard deviation = 0.78.

(Insert Table 3.)

Reliability of SAPASI has been tested analyzing the internal consistency of the 3 characteristics of psoriasis lesions (table 4) with a total *Cronbach's* $\alpha = 0.80$.

Additionally, it has been verified the relation between the 3 lesions dimensions and the total affected area considered for evaluation of disease severity by SAPASI. As we verified all correlations were significant and positive, especially the correlation between total SAPASI and the total affected area, $r = 0.93$. We had also found significant and positive correlations in the 4 SAPASI dimensions between them, and with total SAPASI (lower $r = 0.22$).

(Insert Table 4.)

After a pilot study to analyse the SAPASI content validity implemented with 6 patients, it was found that this instrument is easy to understand and quick to fill.

The validity of criterion was evaluated through the relation between the severity of psoriasis, the patient's perception about the severity and discomfort caused by the disease and the relationship between the severity of the disease (SAPASI) and incapacity caused by it (PDI). Testing the relationship between SAPASI and the general perception of Gravity and discomfort of the disease, we verified significant correlations in both cases, $r = 0.35$ and $r = 0.32$ respectively. It was also verified that the lesions on genitals were positively correlated with discomfort caused by psoriasis ($r = 0.25$), and

that the lesions on hands were associated to psoriatic patient's perception about the severity of his illness ($r = 0.19$). In an attempt to reject the hypothesis that the lesions in the body areas influence subjectively the severity of psoriasis index, was made a Pearson's correlation analysis between the location of lesions and all dimensions of SAPASI and we verified that the higher relationship was between the total area affected and the lesions on genitals, $r = 0.42$. The other areas were lower correlated with the total affected area (higher $r = 0.28$) (Table 5). The correlations between the lesions on the face and genitals, with total SAPASI were significant, $r = 0.32$ and $r = 0.44$, respectively.

The correlation between the severity of the disease (SAPASI) and the disability caused by disease (PDI), in table 6, was significant, $r = 0.26$, $P < 0.01$ (higher severity of psoriasis was associated with higher disability). The correlation between PDI dimensions, and the severity of disease (SAPASI) were significant with *daily activities*, $r = 0.23$ ($P = 0.001$), *leisure activities*, $r = 0.22$ ($P = 0.002$) and *treatment*, $r = 0.24$ ($P = 0.001$). The association between the affected areas of the body and the patients QoL were found with *Daily Activities* and the lesions on the *Face*, $r = 0.16$ ($P = 0.02$), and *Genitals*, $r = 0.16$, ($P = 0.02$) and with *School and/or Work QoL* with *hands*, $r = 0.19$ ($P = 0.009$).

(Insert Table 6.)

Discussion

More than half of the participants (56.9%) had family history of psoriasis accordingly with literature in this area, which states a hereditary component of psoriasis²⁴. There was also a high proportion of patients with comorbidity (48%), with higher prevalence of diseases of musculoskeletal system (40%) and rheumatic diseases (30%), followed by cardiovascular and metabolic diseases (26% and 25%, respectively)²⁵⁻²⁷.

Relating to the results of the SAPASI, more than half of the participants showed a moderate severity index which implies a total score of SAPASI between 3 and 15 and 27.4% of participants had a severity index of severe.

Concerning the reliability of SAPASI a good internal consistency was attested with a total *Cronbach's* $\alpha = 0.80$ calculated between the 3 dimensions (*color*, *thickness* and *scaliness*). The total affected area dimension was not taken into account because it is a

dimension with very different values of other dimensions, however, if this were considered the overall *Cronbach's* $\alpha = 0.75$, that would be also good predictor of reliability of this instrument that have only four dimensions. For the 4 dimensions of this instrument, the Pearson's correlation with SAPASI score varied from 0.93 to total area affected and 0.41 for *scaliness*. The perceived severity of the disease was well related with the total area affected.

To demonstrate the validity of criterion, the SAPASI was correlated with the PDI and it was found a positive correlation between the psoriasis severity and the disability caused by this disease $r = 0.26$ ($P = 0.001$), in accordance to Sampogna *et al*²⁸. However, when considering correlations with the various dimensions of PDI, we found that the severity of psoriasis is only associated with QoL in *daily activities*, $r = 0.23$, $P = 0.001$, *leisure activities*, $r = 0.22$, $P = 0.002$ and *treatment*, $r = 0.24$, $P = 0.001$. The general perception of *Gravity* and *Discomfort* of the disease was significantly correlated with SAPASI, $r = 0.35$ and $r = 0.32$ (respectively) enabling us to say that the results of SAPASI are positively related to the general perception of patients about the severity and discomfort caused by psoriasis.

It was also found that the presence of lesions on genitals increase discomfort caused by psoriasis ($r = 0.25$), and the presence of hands lesions influence negatively the patient's perception about severity of their illness ($r = 0.19$), and a correlation between the localization of lesions on hands, feet, face and genitals with the severity index (SAPASI) ($r = 0.27$; $r = 0.28$; $r = 0.32$ and $r = 0.44$). Those results seem to indicate the influence of subjective perception of the patient on the evaluation of severity index (SAPASI). The association between the localization of the lesions and the patient perception of disease was found between these areas of lesions and all SAPASI dimensions, except with *scaliness*. The positive correlation between the genitals lesions and the total area affected dimension seems to mean that patients with lesions in this area also have a vast area of body affected²⁹.

The Portuguese version of SAPASI is a valid self-administrated instrument for assessment of psoriasis severity, easy to administrate and understand by patients, shows to be well adapted to the Portuguese language and culture. This instrument is inexpensive and more convenient because is self-administration providing a wide use in clinical practice and research.

Acknowledgments

The authors would like to thank to all patients that participated in this study, to Portuguese Association of Psoriasis (PSOPortugal) for assistance with data collection, and CESPUE for financial support in this study.

References

1. Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005 March 1, 2005;64(suppl 2):ii18-ii23.
2. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: Results from NHANES 2003-2004. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2009;60(2):218-24.
3. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, *et al*. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUOPSO patient membership survey. *British Journal of Dermatology*. 2006;155(4):729-36.
4. Choi J, Koo JYM. Quality of life issues in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2003;49(2, Supplement):57-61.
5. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, *et al*. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *Journal of the American Medical Association*. 2006 Oct;296(14):1735-41.
6. Feldman SR, Krueger GG. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005 Mar;64:65-8.
7. Schmitt J, Ford DE. Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis — a structural equations modeling approach. *General Hospital Psychiatry*. 2007;29(2):134-40.
8. Markham T, Watson A, Rogers S. Adverse effects with long-term cyclosporin for severe psoriasis. *Clinical & Experimental Dermatology*. 2002;27(2):111-4.
9. Bhosle M, Kulkarni A, Feldman S, *et al*. Quality of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006;4(1):35.
10. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *British Journal of Dermatology*. 1997;136(3):305-14.
11. de Korte J, Mombers FMC, Sprangers MAG, *et al*. The Suitability of Quality-of-Life Questionnaires for Psoriasis Research: A Systematic Literature Review. *Arch Dermatol*. 2002 September 1, 2002;138(9):1221-7.
12. Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PMM, *et al*. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1997 Dec;137(6):943-9.
13. McKenna KE, Stern RS. The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1997;36(3):388-94.

-
14. Kirby B, Fortune DG, Bhushan M, *et al.* The Salford Psoriasis Index: an holistic measure of psoriasis severity. *British Journal of Dermatology*. 2000;142(4):728-32.
 15. Ashcroft, Li Wan P, Williams, *et al.* Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. *British Journal of Dermatology*. 1999;141(2):185-91.
 16. Paul C, Gourraud PA, Bronsard V, *et al.* Evidence-based recommendations to assess psoriasis severity: systematic literature review and expert opinion of a panel of dermatologists. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2010;24:2-9.
 17. Fleischer AB, Jr., Rapp SR, Reboussin DM, *et al.* Patient measurement of psoriasis disease severity with a structured instrument. *The Journal Of Investigative Dermatology*. 1994;102(6):967-9.
 18. Teixeira A, Teixeira M, Rocha J, *et al.* Development of instruments for the evaluation of adherence to topical treatment in psoriasis. *Revista Portuguesa de Farmácia*. 2011;LII(6):117-8.
 19. Feldman SR, Fleischer AB, Jr., Reboussin DM, *et al.* The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *The Journal Of Investigative Dermatology*. 1996;106(1):183-6.
 20. Ferreira PL, Marques FB. Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde; 1998.
 21. Sampogna F, Sera F, Mazzotti E, *et al.* Performance of the self-administered Psoriasis Area and Severity Index in evaluating clinical and sociodemographic subgroups of patients with psoriasis. *Arch Dermatol*. 2003 Mar;139(3):353-8.
 22. Fernandes BCG. Qualidade de vida nos docentes com psoríase- criação da versão portuguesa do Psoriasis Disability Index: FEUC; 2010.
 23. Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, *et al.* Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1990;123(6):751-6.
 24. de Cid R, Riveira-Munoz E, Zeeuwen PLJM, *et al.* Deletion of the late cornified envelope LCE3B and LCE3C genes as a susceptibility factor for psoriasis. *Nature Genetics*. 2009;41(2):211-5.
 25. Mallbris L, Akre O, Granath F, *et al.* Increased risk for cardiovascular mortality in psoriasis inpatients but not in outpatients. *European Journal of Epidemiology*. 2004;19(3):225-30.
 26. Kane D, Stafford L, Bresnihan B, *et al.* A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology*. 2003 December 1, 2003;42(12):1460-8.
 27. Sommer D, Jenisch S, Suchan M, *et al.* Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Archives of Dermatological Research*. 2007;298(7):321-8.
 28. Sampogna F, Picardi A, Chren M-M, *et al.* Association Between Poorer Quality of Life and Psychiatric Morbidity in Patients With Different Dermatological Conditions. *Psychosomatic Medicine*. 2004 July 1, 2004;66(4):620-4.
 29. Feldman SR, Clark AR, Venkat AP, *et al.* The Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index provides an objective measure of psoriasis severity. *British Journal of Dermatology*. 2005;152(2):382-3.

Anexo 3

Autora de Apresentação oral no

Workshop Investigações no Luto - Campus de Gandra, CESPU

19-20 Dezembro 2011



Sintomatologia Psicopatológica na Psoríase

Ângela Fernanda de Jesus Pereira

Orientador: Prof. Doutora Vera Almeida

Co-orientador: Mestre Ana Teixeira



Mestrado em Psicologia Clínica

Anexo 3

Protocolo utilizado para a investigação com todos os instrumentos aplicados e consentimento informado

(ver protocolo em “ficheiro pdf-protocolo”)