

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte



Dificuldades de Regulação Emocional em Doentes com Psoríase

Tânia Sofia Campos de Sousa Pereira da Silva Macedo Martins

2011

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

**Dificuldades de Regulação Emocional
em Doentes com Psoríase**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Vera Margarida
Seabra de Almeida e coorientação da Mestre Ana Isabel Pacheco Teixeira

Tânia Sofia Campos de Sousa Pereira da Silva Macedo Martins

2011

Agradecimentos

Ao longo dos anos, sempre que lia um livro ou algo que começasse com uma página destas, aquilo que pensava de imediato era que um dia gostaria de ter uma assim. É que estas páginas eram sempre tão sentidas, delas transparecia um carinho e uma gratidão enorme, por isso espero conseguir demonstrar isso mesmo a todos aqueles que durante esta etapa profundamente recheada de experiências novas e enriquecedoras me fizeram caminhar de forma mais leve e objetiva com o seu apoio:

- Ao Pedro, por ser o meu “everything”, pela compreensão e apoio, pelo abraço sentido quando eu mais precisava, pela palavra certa no momento certo, por me guiar em relação àquilo que era mesmo importante, por me ouvir, pela motivação e energia que me deu e pelo olhar carinhoso com que sempre me olhou. Sem ti não teria conseguido.

- Aos meus pais, pela força que deles emana, pelo exemplo de vida que me faz lutar.

- Ao meu avô, que muito sofreu com esta doença e que eu sei que continuará sempre a olhar por mim. Nunca esquecerei o olhar de carinho e orgulho e a preocupação e motivação constantes.

- À minha avó por me ouvir e apoiar, mesmo quando era ela quem mais precisava de carinho. Por me transmitir força e confiança com a sua longa e sábia experiência de vida.

- À Margarida, por toda a força e motivação, pelo ombro amigo, por me ajudar em todas as horas e sempre me tranquilizar em relação aos meus objetivos.

- À Professora Vera Almeida, por ter sempre uma palavra de incentivo, pelas muitas horas de dedicação, por me puxar sempre para a frente, por me guiar e orientar, e por me escutar dando sempre uma opinião construtiva.

- À Professora Ana Teixeira, pelo sorriso constante e positivismo. Por conseguir transmitir uma alegria contagiante, que sempre me acalmava.

- À D. Rosaria, pela palavra amiga e de conforto, por tentar sempre ajudar da melhor maneira possível.

- À UnIPSA, pelo oportunidade de realizar uma investigação neste âmbito e por todos os apoios concedidos.

- Aos meus colegas, Cristiano Ribeiro e Ângela Pereira, pelo trabalho desenvolvido, pelo apoio e companheirismo e boa disposição.

- A todos aqueles que fizeram parte deste estudo, pela enorme disponibilidade e colaboração. Sem eles não teria sido possível! Muito obrigada.

Dificuldades de Regulação Emocional em Doentes com Psoríase

Resumo

Objetivos: Avaliar as dificuldades de regulação emocional em doentes com psoríase e analisar as variáveis que estão associadas com essa regulação.

Métodos: Participaram 228 doentes com psoríase, dos quais 114 eram do sexo masculino e 111 do sexo feminino, com idades entre 17 e 82 anos (média = 46.65 ± 14.69). A amostra do foi recolhida aleatoriamente de Norte a Sul do país. Todos os participantes preencheram um conjunto de instrumentos, constituídos por um questionário sociodemográfico e clínico, uma escala de dificuldades de regulação emocional (EDRE), um índice de severidade percebida da doença (SAPASI), um índice de incapacidade provocada pela psoríase (PDI) e um inventário de sintomas psicopatológicos (BSI).

Resultados: A análise de resultados demonstrou diversas relações entre as dificuldades de regulação emocional e as variáveis. Os psoriáticos do sexo masculino apresentam menos conhecimento e perceção das suas emoções. No diagnóstico da doença mais recente existem mais dificuldades em agir de acordo com os objetivos, e numa maior satisfação com o tratamento, menos dificuldades de regulação. O indivíduo que perceciona a doença como mais incomodativa, tem mais tendência a ficar perturbado com a mesma, e um maior nível de dificuldades de regulação emocional, foi encontrado nos doentes que são acompanhados por psicólogo ou psiquiatra. Quem apresenta mais dificuldades de regulação emocional falta mais vezes ao trabalho/escola, tem mais consumos de álcool e café, uma maior severidade percebida da psoríase e incapacidade provocada pela doença. Também nos participantes com mais sintomas psicopatológicos, existem mais dificuldades de regulação emocional, salientando-se nomeadamente, a ansiedade e a depressão.

Conclusões: Os resultados salientam a relação entre as dificuldades de regulação emocional e as características da doença, os comportamentos de saúde e as variáveis psicológicas. Dado o alto impacto físico, social e psicológico da doença, o tratamento da psoríase deve ser tido em consideração nas abordagens psicossociais para melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Palavras-Chave: Psoríase; Regulação emocional.

Difficulties of Emotional Regulation in Psoriasis Patients

Abstract

Aims: Evaluate the difficulties of emotional regulation in patients with psoriasis and analyze the variables that are associated with this regulation.

Methods: Participated a total of 228 psoriasis patients, of whom 114 were males and 111 females, aged between 17 and 82 years (mean = 46.65 ± 14.69). The sample was collected randomly from North to South of Portugal. All participants completed a set of instruments, a sociodemographic and clinical questionnaire, a scale of difficulties in emotional regulation (DERS), an index of perceived severity of the disease (SAPASI), an index of disability caused by psoriasis (PDI) and an inventory of psychopathological symptoms (BSI).

Results: The analysis results demonstrated several relationships between emotion regulation difficulties and the variables. The psoriatic males revealed less knowledge and perception of emotions. In the most recent diagnosis of the disease there were more difficulties in act in accordance with the objectives, and in a greater satisfaction with treatment, less regulation difficulties. The individual who sees the disease as more disturbing, is more likely to be upset with it, and a higher level of difficulties in emotional regulation, was found in patients who are followed by a psychologist or psychiatrist. Who presented more difficulties in emotional regulation, more often failure work/school, have more alcohol and coffee consumption, and a superior perceived severity of psoriasis and disability caused by disease. Also in participants with more psychopathological symptoms, there were more difficulties in emotional regulation, in particular, anxiety and depression.

Conclusions: Results highlight the relationship between emotion regulation difficulties and disease features, health behaviours and psychological variables. Given the high physical, social and psychological impact of the disease, management of psoriasis must be in consideration in psychosocial approaches to improve quality of life in these patients.

Key Words: Psoriasis; Emotional Regulation.

Lista de Abreviaturas

α - *Alfa de Cronbach*

r – Coeficiente de Correlação de Pearson

DP – Desvio Padrão

M – Média

ANOVA – *Analysis of Variance*

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASI – *Psoriasis Area Severity Index*

PDI – Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase

PSO Portugal – Associação Portuguesa de Psoríase

SAPASI – *Self-administered Psoriasis Area and Severity Index*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	iv
Lista de Abreviaturas	v
Índice	vi
Lista de Anexos	x
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xii
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II: PSORÍASE	3
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA PSORÍASE	3
2.2. ORIGEM DA PSORÍASE	4
2.3. TIPOS DE PSORÍASE	4
2.3.1. Psoríase em Placas ou Vulgar	4
2.3.2. Psoríase Gutata ou Eruptiva.....	5
2.3.3. Psoríase Eritrodérmica	5
2.3.4. Psoríase Postular ou Pustulosa	6
2.3.5. Psoríase Palmo-plantar	6
2.3.6. Psoríase Ungueal.....	6
2.3.7. Psoríase Inversa ou Flexural	7
2.3.8. Artrite Psoriática ou Psoríase Atropática	7
2.4. SEVERIDADE DA PSORÍASE	7

2.5. IMPACTO DA DOENÇA	9
2.5.1. Qualidade de Vida em Doentes com Psoríase	9
2.5.2. Impacto na Vida Profissional	10
2.5.3. Impacto Familiar e Social	11
2.5.4. Impacto Emocional/Psicológico	13
2.6. PSICOSSOMÁTICA NA PSORÍASE	14
2.6.1. Stress e Psoríase	14
2.7. CONCLUSÃO	16
CAPÍTULO III: REGULAÇÃO EMOCIONAL E PSORÍASE	17
3.1. REGULAÇÃO EMOCIONAL	17
3.1.1. História e Definição de Regulação Emocional	17
3.1.2. Regulação Emocional e Saúde	19
3.2. REGULAÇÃO EMOCIONAL EM DOENTES COM PSORÍASE	19
3.2.1. Características da Personalidade de Doentes com Psoríase	19
3.2.2. Alexitimia em Doentes com Psoríase	20
3.2.3. Dificuldades de Regulação Emocional em Doentes com Psoríase	22
3.3. CONCLUSÃO	22
CAPÍTULO IV: OBJETIVOS	23
CAPÍTULO V: MÉTODOS	24
5.1. AMOSTRA	24
5.1.1. Seleção da Amostra	24
5.1.2. Caracterização da Amostra	25
5.1.2.1. Caracterização sociodemográfica	25
5.1.2.2. Caracterização clínica	26
5.1.2.3. Caracterização do tratamento	28
5.1.2.4. Caracterização da comorbilidade	28
5.1.2.5. Caracterização do impacto da doença no trabalho/escola e atividades	28
5.1.2.6. Caracterização dos comportamentos de saúde	29
5.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	29
5.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	30
5.2.2. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)	30

5.2.2.1. Descrição do Instrumento	30
5.2.2.2. Análise Psicométrica.....	31
5.2.3. Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI).....	32
5.2.3.1. Descrição do Instrumento	32
5.2.3.2. Análise Psicométrica.....	33
5.2.4. Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI)	33
5.2.4.1. Descrição do Instrumento	33
5.2.4.2. Análise Psicométrica.....	34
5.2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	35
5.2.5.1. Descrição do Instrumento	35
5.2.5.2. Análise Psicométrica.....	36
5.3. PROCEDIMENTOS.....	37
5.3.1. Recolha de Dados.....	37
5.3.2. Análise de Dados	37
5.4. DESENHO DO ESTUDO	37
CAPÍTULO VI: RESULTADOS	39
6.1. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Características Sociodemográficas da Amostra	39
6.2. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Características Clínicas	39
6.3. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Grau Satisfação Tratamento	40
6.4. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Acompanhamento Psicológico	40
6.5. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Características do Impacto no Trabalho/Escola e Atividades Diárias	41
6.6. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Comportamentos de Saúde.....	41
6.7. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Severidade da Doença (SAPASI)	42
6.8. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI)	42
6.9. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Sintomas Psicopatológicos (BSI)	43
CAPÍTULO VII: DISCUSSÃO	45
7.1. METODOLOGIA	45
7.2. RESULTADOS	45

CAPÍTULO VIII: CONCLUSÃO.....	49
CAPÍTULO IX: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
CAPÍTULO X: ANEXOS	63

Lista de Anexos

APÊNDICE 1 - Artigo Submetido para a Revista “JEADV – Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology”

APÊNDICE 2 - Resumo Aprovado para a modalidade de Poster Eletrónico no “9th European Academy of Dermatology and Venereology - Spring Symposium”

APÊNDICE 3 - Apresentação Oral no Workshop “Investigações no Luto”

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Informado

ANEXO 2 - Questionário Sociodemográfico e Clínico

ANEXO 3 - Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

ANEXO 4 - Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI)

ANEXO 5 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Lista de Figuras

FIGURA 2.1: Psoríase em Placas.....	5
FIGURA 2.2: Psoríase Gutata	5
FIGURA 2.3: Psoríase Eritrodérmica.....	5
FIGURA 2.4: Psoríase Postular	6
FIGURA 2.5: Psoríase Palmo-plantar	6
FIGURA 2.6: Psoríase Ungueal	7
FIGURA 2.7: Psoríase Inversa	7
FIGURA 2.8: Artrite Psoriática.....	7

Lista de Tabelas

TABELA 5.1: Caracterização da idade, sexo, estado civil, raça, habilitações literárias e situação profissional	26
TABELA 5.2: Distribuição das variáveis gravidade e incómodo da doença	27
TABELA 5.3: Distribuição da variável outras doenças	27
TABELA 5.4: Distribuição das variáveis dos comportamentos de saúde.....	29
TABELA 5.5: Significado das subescalas da escala dificuldades na regulação emocional ...	31
TABELA 5.6: <i>Alfa de Cronbach</i> das subescalas e escala total da escala de dificuldades na regulação emocional do presente estudo e da escala portuguesa	32
TABELA 5.7: Correlação entre as dimensões da severidade da doença e o valor total obtido pelo instrumento	33
TABELA 5.8: <i>Alfa de Cronbach</i> das subescalas do índice de incapacidade provocada pela psoríase do presente estudo, da escala portuguesa e da original	35
TABELA 5.9: <i>Alfa de Cronbach</i> das subescalas do inventário de sintomas psicopatológicos do presente estudo e da escala portuguesa	36
TABELA 6.1: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional, diagnóstico/anos e incómodo doença.....	39
TABELA 6.2: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e grau de satisfação com o tratamento	40
TABELA 6.3: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e acompanhamento psicológico.....	40
TABELA 6.4: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e faltas ao trabalho/escola	41
TABELA 6.5: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e consumo de café e álcool	42
TABELA 6.6: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e severidade da psoríase	42
TABELA 6.7: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e a incapacidade provocada pela psoríase	43

TABELA 6.8: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e sintomas psicopatológicos	44
---	----

Capítulo I: Introdução

A psoríase representa a segunda maior doença dermatológica a nível mundial, com uma taxa de doentes entre os 1 a 3%, mas apesar disso pouco conhecida ou divulgada, dessa forma, torna-se importante a sensibilização para o conhecimento dos seus diversos aspetos e para uma melhor atitude face à doença e aos seus doentes, pelo que, a informação e divulgação de estudos cada vez mais recentes sobre o seu impacto na vida dos psoriáticos torna-se uma necessidade.

Apesar do estudo das emoções nos ter acompanhado ao longo dos séculos, o seu interesse para a psoríase a nível nacional, é algo ainda não muito estudado, mas que cada vez mais suscita interesse e dúvidas. Debruçamo-nos aqui em relação à regulação emocional nesta doença, e a forma como é feita pelos seus doentes, assim como o que é que pode diferenciar ao longo dos processos emocionais. Assim, a regulação emocional refere-se aos processos pelos quais os indivíduos influenciam as suas emoções, quando as percebem, e como as manifestam e experienciam (Gross, 2002).

De forma geral, os principais objetivos desta investigação são: a avaliação das dificuldades de regulação emocional em doentes com psoríase e a análise das variáveis que estão associadas com esta regulação. Sendo as variáveis que mais se salientam: sexo, idade, duração da doença, incómodo provocado pela doença, grau de satisfação com o tratamento, acompanhamento psicológico, absentismo, alteração das atividades diárias, comportamentos de saúde, zonas corporais afetadas pela psoríase, severidade, incapacidade, e depressão e ansiedade.

Assim, para contextualizar de forma teórica esta investigação, o segundo capítulo desta tese clarifica alguns conceitos e temas que se cruzam consequentemente com a psoríase e que têm implicações nesta doença, delineando as suas características, a sua origem e os diversos tipos que a compõem, assim como a sua severidade, caracterizando ainda o impacto desta patologia e a psicossomática associada à mesma, visto que a psoríase é uma doença de origem multifatorial (Bowcock, 2005).

O terceiro capítulo analisa alguns dos estudos e teorias, na área da regulação emocional, tendo também em conta aqueles que relacionam a regulação emocional e a psoríase, de forma a explicitar teoricamente os vários parâmetros do estudo. Desta forma, destaca-se que os

psoriáticos têm tendência a sentirem-se impotentes, envergonhados ou com raiva e frustrados em relação à sua doença (Barankin & DeKoven, 2002), pelo que, a forma como regulam estas suas emoções pode ajudar a explicar o que acontece nesse processo e o que pode influenciar ou levar à desregulação.

O quarto capítulo explicita os objetivos centrais do estudo, com uma exposição das variáveis consideradas pertinentes para análise.

O quinto capítulo descreve a metodologia da investigação, que pretende caracterizar os doentes com psoríase, relacionando os aspetos das dificuldades de regulação emocional. Neste capítulo, descreve-se e caracteriza-se a amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos e o desenho do estudo que se destaca como sendo descritivo de natureza correlacional.

No sexto capítulo indicam-se os resultados obtidos no estudo após análise estatística dos mesmos, relacionando a ligação entre as dificuldades de regulação emocional e os dados da caracterização da amostra, de seguida a relação da regulação emocional com a severidade da doença, posteriormente a associação com a incapacidade provocada pela psoríase e consequente qualidade de vida, e por fim com a sintomatologia psicopatológica.

No sétimo capítulo apresentam-se e discutem-se os principais resultados obtidos, interpretando-os e relacionando-os quer com os objetivos inicialmente formulados, quer com os resultados de estudos anteriores.

No capítulo oitavo conclui-se toda a tese, de forma a explicar os objetivos, as principais contribuições do estudo e os desenvolvimentos que poderão surgir no futuro.

Capítulo II: Psoríase

A psoríase é uma patologia crónica da pele e por vezes também das articulações, com grande polimorfismo. Os tratamentos atuais permitem longos períodos de remissão da doença. Apesar disto, as consequências que dela advêm acabam muitas vezes por ser maiores que a própria doença, é algo que traz um impacto enorme para as vidas destes doentes, diminuindo a sua qualidade de vida e podendo muitas vezes determinar a existência ou não de um desenvolvimento positivo. Neste capítulo pretendemos clarificar alguns conceitos e temas que se cruzam consequentemente com a psoríase e que têm implicações nesta doença, delineando as suas características, a sua origem e os diversos tipos que a compõem, assim como a sua severidade, caracterizando ainda o impacto desta patologia e a psicossomática associada à mesma.

2.1. Caracterização da Psoríase

A psoríase é conhecida desde a Antiguidade, porém a evolução da sua definição foi-se concretizando até aos dias de hoje, através de diversas investigações, é uma dermatose eritomatodescamativa de evolução crónica, recorrente e não contagiosa que afeta de 1 a 3% da população em geral e segundo a Associação Portuguesa de Psoríase (PSO Portugal) atinge 2 a 3% da população portuguesa, ou seja, cerca de 200.000 portugueses. Abrange indiferentemente homens e mulheres, apesar de se manifestar mais precocemente em mulheres e com maior frequência na raça branca, podendo aparecer em qualquer idade, mas com uma superior incidência em adultos jovens (Icen et al., 2009).

Esta doença surge devido a uma proliferação descontrolada das células da pele que compõem a camada superficial, que se vão acumulando originando as lesões características, fazendo com que a pele fique mais espessa (Moriconi, 2008). Os doentes com psoríase apresentam irritações ou lesões recorrentes, geralmente vermelhas ou prateadas, que se localizam principalmente nos cotovelos, joelhos, pés, mãos, região lombar e couro cabeludo, havendo ainda a hipótese de se espalhar por todo o corpo (Galadari et al., 2005).

2.2. Origem da Psoríase

A psoríase é uma doença de origem multifatorial, onde a predisposição genética tem sido a causa mais estudada, caracterizando-a como uma doença autoimune da pele (Bowcock, 2005). Consideráveis evidências obtidas a partir de estudos com gémeos, estudos demográficos e genómicos, fizeram com que ficasse claramente estabelecido que a genética é um componente chave no desenvolvimento da psoríase (Jullien & Barker, 2006). Nos estudos realizados em gémeos, apuraram-se resultados que demonstram um risco de psoríase duas a três vezes maior em monozigóticos do que em dizigóticos, com uma taxa de concordância de 23 a 30% (Brandrup et al., 1982; Christophers, 2001) e 70% em gémeos idênticos (Farber et al., 1974). Mas, o facto de ser geneticamente determinada, não faz com que haja uma imposição da hereditariedade de pais para filhos, apesar de existir uma maior incidência em quem tenha familiares portadores da doença (Farber et al., 1974; Valdimarsson, 2007).

Para além disto, existem ainda fatores ambientais modeladores, como algumas condições climáticas, alergias, traumatismos cutâneos, infeções, higiene (por exemplo, a regularidade do banho), tabaco, consumo excessivo de álcool, vários tipos de medicamentos, produtos químicos e stress, que têm um papel fundamental no desenvolvimento desta doença e que podem ainda desencadear um novo surto, depois de uma remissão (Tagami, 1997; Campalani & Barker, 2005). Em relação ao stress, Fortune e colaboradores (1998), verificaram que mais de 60% dos pacientes que consultaram um especialista, acredita que este foi o principal fator na causa da sua psoríase. Alguns classificam-no acima de infeções, trauma, medicação, dieta, ou clima (Rigopoulos et al., 2010).

2.3. Tipos de Psoríase

A psoríase pode ser classificada em diferentes tipos, de acordo com o tipo de lesão (psoríase em placas ou vulgar, psoríase gutata ou eruptiva, psoríase eritrodérmica e psoríase pustular ou pustulosa) ou a sua localização (psoríase palmo-plantar, psoríase ungueal, psoríase inversa ou flexural e artrite psoriática ou psoríase atropática).

2.3.1. Psoríase em Placas ou Vulgar

A psoríase em placas ou psoríase vulgar (Figura 2.1) é o tipo mais comum de psoríase, abrangendo 90% dos casos diagnosticados, manifestando-se em placas de vários tamanhos, redondas ou ovais, distribuídas simetricamente, de cor avermelhada, com escamas brancas ou

prateadas. As áreas mais afetadas são os joelhos, os cotovelos e o couro cabeludo (raramente passam a linha do cabelo) (Griffiths & Barker, 2007).

Pode ainda ser observado neste tipo de psoríase, um círculo esbranquiçado, conhecido por anel Woronof `s, à volta das placas psoriáticas (Langley et al., 2005).



Figura 2.1: Psoríase em Placas (Fonte: PSOPortugal).

2.3.2. Psoríase Gutata ou Eruptiva

A psoríase gutata (Figura 2.2) surge principalmente em crianças e adolescentes, na maioria das vezes duas semanas depois de uma infeção estreptocócica ou viral (Griffiths & Barker, 2007). Caracteriza-se por ter pequenas lesões psoriáticas de 2 a 10 mm de diâmetro, que pode afetar o tronco e também a cabeça e os membros (Campalani & Barker, 2005). É limitada, entrando em remissão dentro de 3 ou 4 meses desde o seu começo, contudo o seu prognóstico a longo prazo é desconhecido, apenas um terço dos doentes com este tipo de psoríase desenvolve psoríase em placas (Martin et al., 1996).



Figura 2.2: Psoríase Gutata (Fonte: PSOPortugal).

2.3.3. Psoríase Eritrodérmica

A psoríase eritrodérmica (Figura 2.3) é uma forma generalizada da doença, que abrange extensas áreas do corpo ou mesmo a totalidade, predominando o eritema, com esfoliação em finas camadas, podendo ter como consequências, febre, hipotermia, taquicardia e comprometimento sistémico, o que a torna uma das formas clínicas da psoríase mais grave (Langley et al., 2005). É possível também o desenvolvimento de pústulas e infeções estafilocócicas (Peters et al., 2000).



Figura 2.3: Psoríase Eritrodérmica (Fonte: PSOPortugal).

2.3.4. Psoríase Postular ou Pustulosa

A psoríase postular (Figura 2.4) é uma forma rara e instável desta doença e apesar de em todos os tipos de psoríase ser possível haver pústulas, nesta variante na maioria das vezes não estão presentes as lesões típicas, sendo substituídas pelas primeiras. Os doentes ficam com a pele vermelha e inflamada, com pústulas acastanhadas que provocam o deslocamento epidérmico, tornando-se bastante doloroso (Langley et al., 2005). Estes pacientes têm muitas vezes de ser seguidos em hospital, pelo caráter frequente dos surtos, podendo ainda levar à morte (Peters et al., 2000).



Figura 2.4: Psoríase Postular (Fonte: PSOPortugal).

2.3.5. Psoríase Palmo-plantar

Este é um sub-tipo de psoríase postular (Figura 2.4), que se diferencia pela localização das suas lesões.

A psoríase palmo-plantar (Figura 2.5), caracteriza-se pelo aparecimento simétrico e bem delimitado de surtos de pústulas amarelas e castanhas, tanto finas como espessas, nas palmas das mãos ou nas plantas dos pés, sendo bastante dolorosas pelas fissuras provocadas (Griffiths & Barker, 2007). Aparece mais frequentemente em mulheres entre os 40 e os 60 anos, e em indivíduos que são ou já foram fumadores com uma incidência de 95% (Langley et al., 2005).



Figura 2.5: Psoríase Palmo-plantar (Fonte: PSOPortugal).

2.3.6. Psoríase Ungueal

A psoríase ungueal (Figura 2.6), está presente com maior persistência nas unhas das mãos do que dos pés e caracteriza-se pelas cavidades nas unhas, formadas pela má formação desde a raiz. Pode ainda estar presente por baixo da unha em placas, chamadas de “manchas de óleo”. Além disso, a superfície da unha pode tornar-se espessa e descolorada e sob a placa ungueal pode surgir uma área amarela e queratinosa, conhecida como hiperqueratose subungueal (Langley et al., 2005). Esta doença afeta cerca de 50% da população com psoríase, tendo tendência a ocorrer com os tipos de psoríase mais severa (Campalani & Barker, 2005).



Figura 2.6: Psoríase Ungueal (Fonte: PSOPortugal).

2.3.7. Psoríase Inversa ou Flexural

A psoríase inversa ou flexural (Figura 2.7), apresenta um padrão inverso em relação aos outros tipos, com lesões planas, bem demarcadas, vermelhas, brilhantes e inflamadas sem esfoliação, que aparecem nas zonas das dobras cutâneas (axilas, virilhas, zona inframamária, dobra do cotovelo e do joelho) (Langley et al., 2005).



Figura 2.7: Psoríase Inversa (Fonte: PSOPortugal).

2.3.8. Artrite Psoriática ou Psoríase Atropática

A artrite psoriática ou psoríase atropática (Figura 2.8), é uma doença inflamatória que afeta ligamentos, tendões e articulações do corpo, com inchaço e destruição articular, causando deformidades (Campalani & Barker, 2005). Quase todas as formas de psoríase podem decorrer em artrite, pelo que estudos revelam que 25% da população psoriática pode estar afetada e que em 10% a artrite manifestou-se primeiro que as manifestações cutâneas da doença (Griffiths & Barker, 2007).



Figura 2.8: Artrite Psoriática (Fonte: PSOPortugal).

2.4. Severidade da Psoríase

A psoríase apresenta um amplo espectro de gravidade da doença, este varia de uma pequena lesão na ponta da unha para algumas lesões localizadas, geralmente nos cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo, e ainda a desfiguração total do corpo associada à artrite psoriática (Richards et al., 2001). A severidade da psoríase varia de acordo com a lesão, a sua localização e gravidade, estando também relacionada com a forma como o doente lida com

todos esses parâmetros, e o impacto da doença sobre a qualidade de vida do mesmo, podendo ir de ligeira a moderada ou grave (Finlay, 2005).

Para poder avaliar do ponto de vista clínico a gravidade da psoríase, em 1978 Fredriksson e Pettersson, citados por Louden e colaboradores (2004), desenvolveram um método que permite medir a severidade da psoríase pelo tipo de gravidade da lesão psoriática, o *PASI*. Esta é uma medida válida e reprodutível clinicamente em pacientes adultos, podendo ser usada na prática clínica diária, de forma a perceber o comportamento evolutivo do doente ou até mesmo o tratamento a ser aplicado (Paul et al., 2010, Mrowietz & Reich, 2009).

Num estudo realizado em 578 indivíduos com psoríase vulgar nos Estados Unidos por Fleischer e colaboradores (1996), os níveis de severidade da psoríase revelados descreveram, 39% com psoríase ligeira, 50% com psoríase moderada e 9% com psoríase grave, demonstrando ainda que os homens têm uma severidade de psoríase maior do que as mulheres. Já noutro estudo de Kotrulja e do seu grupo (2010), os doentes com diagnóstico tardio da doença, depois dos 40 anos, indicaram uma severidade grave de 80%, em comparação com 56% daqueles que são diagnosticados antes dos 40 anos, salientando o aparecimento de menos sintomas nos mesmos.

Do ponto de vista do paciente, uma psoríase considerada grave é aquela que lhe provoca mal-estar ou ansiedade, prurido ou dor, dificuldades ao nível de relacionamento pessoal e social, assim como obstáculos nas atividades diárias, no emprego, estudos ou desporto, logo o impacto das lesões na vida destes pode depender muito, variando com as diferentes perspetivas e interesses do doente e tornando-se diferente se está presente no momento ou se é vista a longo prazo e analisada individualmente ou numa população (Finlay, 2005). A avaliação da severidade da psoríase tem também de ter em conta o peso da qualidade de vida na saúde, pois os pacientes com psoríase estão envolvidos, de forma significativa, emocionalmente e fisicamente pela sua doença (Paul et al., 2010).

Tendo em conta a opinião do empregador, a psoríase é grave se existir impacto sobre a capacidade de um funcionário para trabalhar, se este está muito tempo sem produzir e se tem um efeito adverso sobre outros empregados ou clientes (Finlay, 2005).

De acordo com a visão dos dermatologistas a psoríase tem uma severidade grave se é muito irradiada, se tem um elevado grau de descamação, vermelhidão ou espessura, se o paciente parece bastante preocupado, se a intervenção obrigar a um tratamento intensivo, ou se tiver apresentações especiais, como no couro cabeludo ou lesões do tipo palmo-plantar que podem acarretar uma incapacidade prática elevada, ou o envolvimento de zonas de flexão e ainda a face ou os genitais (Finlay, 2005).

Assim, a definição de severidade da psoríase pode abranger uma avaliação objetiva ou subjetiva dos aspetos físicos da doença, dos sintomas, da medição do seu impacto sobre o paciente e da resposta à terapia, mas também da classificação a longo prazo da história da doença.

2.5. Impacto da Doença

A pele tem diversas funções, desempenhando-as ao nível biológico, metabólico, psicológico e social, sendo também aquilo que faz a conexão entre o sujeito e o meio, protegendo-o e estabelecendo-se como forma de comunicação com o que o rodeia (Madhulika & Gupta, 2006).

Desta forma, o impacto da doença mede-se não só pelo envolvimento físico, mas também pelas consequências que tem na qualidade de vida dos doentes, no impacto a nível profissional, familiar, social, emocional e psicológico. Assim, qualquer tipo de lesão dermatológica pode causar dificuldades na vida dos doentes, conduzindo a vários tipos de alterações.

2.5.1. Qualidade de Vida em Doentes com Psoríase

A perceção do impacto da doença na qualidade de vida dos doentes adquire uma enorme importância, visto se debruçar sobre as atividades do dia a dia, as relações sociais, o lazer e a profissão. Para além disto, o facto das lesões psoriáticas serem estigmatizantes também torna a avaliação deste parâmetro fundamental, tanto para o doente como para o público em geral, com vista a informar e promover ações de promoção de saúde (Hong et al., 2008).

Vários têm sido os estudos que se direcionam na investigação de formas de avaliação da qualidade de vida em pacientes com psoríase (Bronsard et al., 2010) e que destacam a importância das mesmas, na medida em que a perceção do portador de psoríase em relação à doença e ao seu impacto, permite compreendê-lo melhor e determinar a abordagem terapêutica que proporcione ao paciente uma melhoria no seu estado de saúde e consequentemente na sua qualidade de vida (Martins et al., 2004). Num estudo realizado na população portuguesa, verificou-se uma correlação positiva entre a severidade da psoríase e o impacto na qualidade de vida, salientando-se que a localização das lesões, a atitude do doente e o estilo de vida pessoal podem influenciar a mesma, pois aquilo que é muito valorizado por alguns, para outros pode ser insignificante (Fernandes, 2010). Consequentemente, mesmo que

um tratamento reduza para metade as zonas com lesões, se estas continuarem num local visível, o índice de qualidade de vida pode não sofrer alteração (Martins et al., 2004).

De facto, a psoríase raramente é mortal e só ocasionalmente causa uma incapacidade física importante, no entanto, tem sido demonstrado que afeta a qualidade de vida até com mais intensidade que outras doenças crónicas com maior risco de vida. O seu grau de incapacidade destaca-se mesmo quando comparado com doenças como a hipertensão, doenças coronárias, diabetes, asma ou cancro (Gupta et al., 1988). Alguns doentes preferem viver assim a ter de experimentar alguns medicamentos que não sabem o que lhes pode causar (Martins et al., 2004). Desta forma, apesar do tratamento na psoríase ter-se tornado altamente eficaz, apenas resulta numa remissão temporária dos sintomas físicos da doença, o que se torna um desafio para os doentes terem de lidar com a psoríase no quotidiano (Korte et al., 2004). Assim, alguns doentes mesmo que tenham uma forma mais grave da doença, preferem não tentar novos tratamentos com receio dos seus efeitos. Por outro lado, outros com tipos mais ligeiros de psoríase, solicitam que lhe seja administrado qualquer tipo de tratamento, por sentirem a doença como algo insuportável (Langley et al., 2005).

De acordo com os resultados de uma investigação realizada nos Estados Unidos, levada a cabo pela americana *National Psoriasis Foundation*, 75% dos inquiridos acreditam que a psoríase afetou negativamente e em larga escala a sua qualidade de vida, principalmente no que diz respeito a alterações nas atividades diárias (Bhosle et al., 2006).

2.5.2. Impacto na Vida Profissional

A falta de produtividade e o absentismo no emprego são fatores que estão indissociavelmente ligados à psoríase, até porque esta patologia pode causar dores e alterações nas articulações que interferem na capacidade de trabalho e mobilidade. Para além do impacto causado pela doença no indivíduo deve ser considerado o impacto ao nível laboral e social. Por outro lado, o facto de estes doentes trabalharem, parece estar relacionado com um inferior impacto na qualidade de vida, isto quando comparados com outros que estejam desempregados (Fernandes, 2010).

De acordo com um estudo sociológico sobre a psoríase em Portugal, da Associação Portuguesa de Psoríase (2008), o número médio de dias que os inquiridos faltaram ao trabalho foi de 13,5 dias, sendo que a maioria faltou até 20 dias por ano por causa da doença, havendo um menor número de casos com diversos dias de faltas e em que a justificação das mesmas se deu através de baixa. Relativamente à severidade da doença foi maior a incidência de absentismo nos indivíduos que apresentavam uma manifestação moderada da psoríase. Em

termos financeiros, a maioria declarou que não deixou de ganhar dinheiro por causa da patologia, e que apesar do tratamento constituir um peso económico muito grande, os mesmos acabavam por suportar as despesas não recorrendo a qualquer tipo de apoio financeiro. Foi ainda colocada outra questão que se referia ao evitamento de algumas situações no trabalho, como esconder as mãos, fazer esforços ou evitar químicos e pós, onde 79% dos examinados referiu não o fazer (Cruz et al., 2008). Noutro estudo desenvolvido por Finlay e Coles (1995), 18% dos doentes com idades entre os 18 e os 34 anos afirmaram que a psoríase interferiu de forma negativa na sua profissão, e 17% entre os 35 e 54 anos, tiveram a mesma opinião. Consequentemente, o facto de aparecerem comorbilidades associadas à psoríase, tais como a doença cardiovascular, pode também fazer com que haja uma menor atividade laboral (Pearce et al., 2006).

De facto, a psoríase não é fatal, no entanto destrói a vida de imensos doentes, estando muitos incluídos na faixa etária da população ativa, o que leva a uma redução da produtividade no trabalho, com um impacto diretamente associado com a severidade da doença (Reich et al., 2007) e dificuldades sentidas por causa das faltas dadas, limitações físicas, conflitos com os colegas, perda de salários e ainda desemprego (Korte et al., 2004).

2.5.3. Impacto Familiar e Social

Esta é talvez uma das áreas com maior impacto na vida dos doentes com psoríase, simplesmente pelo facto da rede familiar e social, ser aquilo que os apoia e lhes dá coragem e força para enfrentar uma doença que é por si só bastante dolorosa. Neste ponto inserem-se assim, as atividades de rotina diária, as relações sociais em geral, a assiduidade de locais públicos, a vida de casal, a atividade sexual e todas as relações com os diversos membros da família.

Esta é uma doença que causa muita frustração, pelo simples facto destes doentes não saberem como irá estar a sua pele no dia a seguir, o que leva a um enorme constrangimento pelo seu aspeto e conseqüente afastamento da vida social e de interação com os outros, devido à reação negativa destes à aparência inestética das lesões, através de olhares, comentários e críticas, em diversos contextos (Mota et al., 2009).

Para além da sua função fisiológica, a pele desempenha um importante papel na socialização dos indivíduos, já que é aquilo que maior exposição e visibilidade tem no ser humano, definindo a sua aparência física e sendo o que os torna reconhecíveis (Montagu, 1986). Consequentemente, a maioria das pessoas que não se encaixa nos padrões pré-definidos da sociedade, pode ser alvo de preconceito, levando ao estigma da doença (Lee et al., 2010) e

fazendo com que estes doentes acabem por se queixar do seu aspeto e de ser alvo do desprezo dos outros. No entanto, é importante notar que os indivíduos respondem de forma diferente à sua condição física, pois alguém com psoríase ligeira pode sentir-se mais incomodado que outro com uma extensão grave da doença (Barankin & DeKoven, 2002). Isto é, algumas pessoas sentem uma angústia muito grande por manchas relativamente pequenas de psoríase, especialmente se essas áreas são as mãos ou o rosto, enquanto outras podem lidar bem com uma psoríase de severidade grave (Richards et al., 2001).

Resultados de um estudo na Alemanha sugerem uma sensação mais acentuada de discriminação em mulheres, apesar do sentimento de estigmatização ao longo do tempo prevalecer nos homens, sugerindo uma considerável influência de outras variáveis psíquicas, como provavelmente uma maior capacidade das mulheres em lidar com a situação (Schmid-Ott et al., 2005). Outro estudo, de Hrehorów e colaboradores (2011), sugere resultados que demonstram que os principais aspetos de estigmatização são a antecipação da rejeição e sentimentos de culpa, assim como a vergonha.

Surgem depois as dificuldades de socialização com os membros da família e amigos, o medo de exclusão de locais públicos (piscinas, praias, instalações desportivas) e a sua frequência (Krueger et al., 2001), levando a que se sintam humilhados quando precisam de expor o corpo ou têm de partilhar algum tipo de instalações com alguém (Ramsay & O'Reagan, 1988), assumindo assim limitações em atividades que tenham de expor a sua pele (Korte et al., 2004). Alguns optam por cobrir o corpo com roupas que não correspondem à época sazonal, embora isso possa chamar mais a atenção (Barankin & DeKoven, 2002).

Nos próprios familiares dos doentes o peso desta doença pode ainda ser sentida em relação ao custo dos tratamentos, que podem ser elevados (Krueger et al., 2001). Existe também uma preocupação elevada com o consequente aumento de ansiedade e stress, pelo cuidado com a saúde do familiar e pela escolha criteriosa do tipo de atividades de lazer ou ainda nas ações diárias (Eghlileb et al., 2007), pois a psoríase também pode fazer com que as pessoas se sintam incapazes de sair de casa (Ramsay & O'Reagan, 1988), mas tudo isto pode diferir de acordo com o sistema emocional de cada família (Kerr, 1992).

Num estudo realizado em Portugal por Pereira e colaboradores (2011), ficou demonstrado que não existe relação negativa entre a harmonia do casal e a morbidade psicológica, assim como com a interajuda familiar. No entanto, em pacientes mais novos, os resultados em relação às dificuldades nas relações sexuais são elevados (Krueger et al., 2001) e nas mulheres isso verifica-se mais acentuadamente no início de uma relação de cariz sexual (Ramsay & O'Reagan, 1988).

2.5.4. Impacto Emocional/Psicológico

Este tópico relaciona-se com os anteriores, visto todos terem um cariz emocional/psicológico, bastante elevado, interligando-se entre eles.

No dia a dia estes doentes têm de lidar com os muitos aspetos psicológicos de viver com uma condição crónica. Assim, os doentes de psoríase experienciam diversas vezes problemas com a imagem corporal, autoestima, autoconceito, estigma da doença, sensação de rejeição, vergonha em relação à sua aparência e a perceção de serem constantemente avaliados pelos outros, tentando mesmo arranjar estratégias para evitarem consequências sociais desagradáveis. Isto leva a um incremento negativo ainda maior ao nível da repercussão emocional e psicológica e em último caso, como Gupta (1998) demonstrou, 2,5% dos pacientes com psoríase em ambulatório e 7,2% dos pacientes internados admitiram que já tinham pensado em suicídio, muitas vezes como consequência de depressão ou ansiedade.

Consequentemente, tem vindo a ser reconhecido que viver com uma condição crónica, como a psoríase, pode ter um impacto considerável sobre o indivíduo em causa, por sua vez há ainda um aumento da perceção de que o sofrimento psicológico, como resultado dessa experiência, pode ter implicações no curso da doença (Griffiths & Richards, 2001). No entanto, a extensão das lesões do paciente, ou o seu grau de deformação não prevê necessariamente o impacto psicológico da psoríase (Richards et al., 2001).

As alterações visíveis na pele podem despertar medo, nojo, aversão ou até mesmo a intolerância, e as outras pessoas podem ter medo do possível carácter contagioso da doença. Num estudo de Hrehorów e colaboradores (2011), na maioria dos pacientes estudados foram encontrados sentimentos de estigmatização devido à psoríase, sendo que a antecipação de rejeição e sentimentos de culpa e vergonha foram os aspetos mais importantes da estigmatização.

Richards e colaboradores (2001), verificaram também que 43% dos pacientes tinham valores altos de ansiedade e 10% de depressão, sendo que esta experiência demonstrou ainda contribuir para explicar a incapacidade diária nesta população.

Estes doentes exibem ainda uma atenção maior para com as palavras específicas em relação à sua doença ou que podem descrevê-la, a eles próprios ou como os outros os vêem e o seu comportamento, com tempos de resposta adiada, em comparação com pacientes normais que não mostram essa tendência (Richards et al., 1999). O sofrimento psicológico parece não ter qualquer efeito sobre estas respostas, sendo que esta vigilância automática de ameaça pode representar uma relação significativa com o stress quotidiano vivido por estes pacientes (Griffiths & Richards, 2001).

Num estudo sobre as queixas psicológicas destes doentes, Patrús e Santos (1993), concluíram que estas eram expressivamente maiores nestes do que em outros com doenças dermatológicas diferentes, tendo 36,5% de respostas positivas no início da doença, e em maior número no curso da doença 63,4%, com causa explicada pelo maior tempo de aparecimento das lesões de psoríase e verificando ainda que esta diferença era ainda mais evidente em doentes com prurido.

De acordo com Leibovici e colaboradores (2010) a doença tem um impacto emocional nos pacientes que apresentam valores significativamente mais elevados de sofrimento psicológico, o que insere ansiedade e depressão, algo também apoiado por Russo e colaboradores (2004), que incluíram ainda a ideação suicida e acrescentaram a importância dos clínicos considerarem os aspetos psicológicos que envolvem a doença. Verifica-se assim que esta patologia encontra-se ligada a tendências depressivas e suicidas nos pacientes (Bhosle et al., 2006), apresentando um impacto negativo na qualidade de vida.

2.6. Psicossomática na Psoríase

O conceito atual de psicossomática, de acordo com Lipowiski (1984), compreende uma visão de integralidade do homem, ou seja, na sua totalidade, abordando o facto de serem inseparáveis os aspetos psicológicos e biológicos da humanidade, que vai ainda de acordo com a atual definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS): “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença”, onde o ser humano é visto de forma absoluta, considerando as influências biopsicossociais.

Assim, neste capítulo procuramos compreender de que maneira os aspetos psicossomáticos assumem uma forma particular nesta patologia, sobretudo o stress psicológico. De acordo com este objetivo, as suas características principais, bem como mecanismos que levam à sua formação, serão explorados.

2.6.1. Stress e Psoríase

O stress é definido como um conjunto de acontecimentos, que envolvem um estímulo (stressor), que desencadeia uma reação cerebral (perceção do stress) e de seguida é impulsionado um mecanismo fisiológico de luta ou de fuga (resposta).

Gupta e colaboradores (1989) definem o stress nesta temática em três categorias gerais:

i) principais acontecimentos de vida (por exemplo, mudança de emprego, doença, problemas financeiros);

- ii) dificuldades psicológicas ou de personalidade;
- iii) falta de suporte social.

Deste modo, a psoríase tem sido sugerida como um distúrbio psicossomático, no sentido de que o stress e o sofrimento psicológico é muitas vezes defendido pelos pacientes como um fator causal ou de manutenção na expressão da doença.

Na verdade, existem evidências clinicamente substanciais para o papel do stress no aparecimento e exacerbação da psoríase. Se os doentes têm comportamentos de evitamento antecipatório mesmo que não esteja relacionado com a situação clínica da sua pele, pode-se pôr a hipótese de que os pensamentos relacionados com a estigmatização e rejeição podem estar a influenciar esse comportamento. Isto é, se estes doentes predizem os comportamentos de forma desagradável mesmo não sabendo se isso irá realmente acontecer, o evitamento deste constrangimento pode ser posteriormente visto como uma manutenção do grau persistente de stress, influenciando o curso da psoríase (Griffiths & Richards, 2001).

De acordo com Jankovic e colaboradores (2009), que procuraram avaliar os fatores psicossomáticos na psoríase, mais concretamente qual o papel de acontecimentos de vida stressantes e falta de apoio social no desencadeamento das exacerbações da psoríase, concluíram que os pacientes com psoríase relataram acontecimentos de vida mais stressantes no último ano, em comparação com o grupo de controlo. Além disso, estes doentes tiveram uma propensão maior para a pontuação nas escalas de ansiedade e vinculação evitante. Os resultados deste estudo segundo os autores, confirmam a relevância de fatores psicossociais no tratamento da psoríase. Num estudo realizado por Mazzetti e colaboradores (1994) que pretendeu perceber como os eventos stressores podem determinar a exacerbação da psoríase, observou-se em 88,7% dos psoriáticos a presença de eventos stressantes, o que segundo os autores, denota que o agravamento da doença está ligado à interpretação da experiência demonstrada pela pessoa diante do evento ou situação stressante.

Os autores Zachariae e colaboradores (2004) pesquisaram a influência do stress para o aparecimento e agravamento da psoríase, comparando stress e outras reações associadas à doença, os resultados mostraram que 66% dos pacientes advertiram que a psoríase era exacerbada com o stress, sendo que 35% informaram que o início da psoríase ocorreu durante um período de preocupação e stress. Os participantes mencionaram que o aumento da gravidade da doença estava ligado ao stress e a melhoria da doença estava relacionada a uma qualidade de vida melhor. Ainda neste estudo, mais mulheres do que homens apresentaram reações de stress e os autores concluíram que a pesquisa confirma que pacientes com psoríase podem ter reações psicológicas associadas à doença que influenciam a sua vida diária.

Em pesquisas de Richards e colaboradores (2001) foram apurados altos níveis de stress na amostra, sendo as percepções da estigmatização relacionadas significativamente ao stress psicológico. Concluíram então que fatores psicológicos foram os determinantes mais significativos da incapacidade dos pacientes com psoríase, mais do que a gravidade, localização ou duração da doença. Em simultâneo com o tratamento farmacológico da doença a redução do stress tem um importante papel terapêutico, uma vez que muitos destes doentes estão angustiados, devido à desfiguração causada pelas lesões da psoríase (Shenefelt, 2010).

2.7. Conclusão

Como vimos, são vários os tipos de psoríase e os problemas do impacto da doença que levam a um nível de estigmatização muito elevado e consequentes complicações emocionais e psicológicas bastante graves e incapacitantes.

A relação entre a melhoria clínica na psoríase e o seu efeito sobre aspetos psicossociais é complexa. O grau de impacto da doença no sofrimento psicossocial depende das experiências do paciente, que podem ser muito diferentes na mesma pessoa em diferentes fases da sua vida.

Contudo, de forma a haver uma diminuição do estigma em relação aos pacientes com psoríase, um maior esforço será necessário para aumentar a consciência nas sociedades contemporâneas de que esta doença não é contagiosa, mas sim tal como muitas outras é uma condição crónica.

O doente pode ter de lidar com as dificuldades sociais, psicológicas ou físicas causadas pela doença ou pelo seu tratamento, mas o facto de a sentirem como uma condição desfigurante, torna-a ainda mais penosa. Além disto, estes pacientes sofrem de um grande desajustamento a nível funcional associado a uma elevada comorbilidade de perturbações que lhes acarreta um grande sofrimento físico e psicológico.

Capítulo III: Regulação Emocional e Psoríase

É importante uma maior valorização do doente de psoríase em termos de regulação emocional, para desse modo se poder intervir de forma mais eficaz. A compreensão de todos os parâmetros desta patologia, visto existir uma elevada carga emocional e dificuldades em lidar com as mesmas, será importante para o desenvolvimento e até mesmo a manifestação da doença. É neste âmbito que nos propomos analisar alguns dos estudos e teorias, na área da regulação emocional, tendo também em conta aqueles que relacionam a regulação emocional e a psoríase.

3.1. Regulação Emocional

3.1.1. História e Definição de Regulação Emocional

Para ser possível a definição de regulação emocional, começamos por distingui-la de emoção. As emoções são assim representadas por vários componentes cognitivos, biológicos, comportamentais, sociais e de expressão, que interagem entre si em diferentes graus de processamento, e interpretam funções muito importantes, que permitem ao indivíduo a resolução de problemas, comunicar ou até mesmo a sobrevivência (Greenberg, 2004).

Numa visão esquemática do processamento de emoção o indivíduo continuamente interpreta, transforma e obtém significado a partir de um estímulo (interno ou externo), essas sensações são interpretadas e anexadas a outras sensações e um esquema mais amplo de significado é formado que desencadeia um tipo de emoção, produzindo um conjunto de reações comportamentais e fisiológicas (ativação emocional) que são coordenadas no tempo, correlacionadas em intensidade, e constituem os componentes de uma resposta emocional. De seguida, diferentes tipos de emoção são associados a diferentes padrões de resposta coordenada, reconhecendo que uma emoção ocorreu, atribuindo-lhe um significado (diferenciação emocional). Depois desta ação, o sujeito desenvolve estratégias que o levam a regular a emoção acionada (regulação emocional) e decide se a vai expressar ou não (expressão emocional) (Greenberg, 2004).

Efetivamente, as teorias atuais sobre as emoções salientam o valor adaptativo das mesmas e estas são sem dúvida sempre importantes, mas muitas vezes têm de ser reguladas. Falamos

assim do processo de regulação emocional, que teve origem nas teorias psicodinâmicas, onde se realça o papel da regulação da ansiedade (Gross, 1999), do stress e do coping, outros precursores também importantes para a investigação da regulação emocional (Gross, 1998).

Deste modo, a regulação emocional refere-se aos processos pelos quais os indivíduos influenciam as suas emoções, quando as têm, e como as manifestam e experienciam, podendo ser conscientes ou inconscientes, automáticos ou controlados e ter os seus efeitos num ou mais pontos do processo gerador da emoção (Gross, 2002). O sistema de regulação emocional envolve mudanças nas respostas comportamentais, cognitivas e fisiológicas, envolvendo alterações na dinâmica da emoção (Thompson, 1990 cit. por Gross, 1998).

De forma a esclarecer a regulação emocional, Gross (1998) propôs um modelo temporal de regulação da emoção, que mostra como estratégias específicas podem ser diferenciadas ao longo da duração de uma resposta emocional. Estas estratégias diferem no seu impacto primário sobre o processo de geração de emoção, e num nível mais amplo, podemos distinguir entre focadas nos antecedentes (ações antes das respostas de emoção se ativarem) e centradas na resposta (ações depois da emoção ter sido produzida).

Para além destas estratégias globais, ainda mais cinco específicas foram distinguidas, que fornecem um quadro conceptual útil para entender as causas, consequências e mecanismos subjacentes às estratégias de regulação emocional (Gross, 2002). Assim, a primeira dessas estratégias é a seleção da situação, que se refere ao procedimento de aproximar ou evitar certas pessoas, sítios ou coisas, de modo a regular a emoção. Depois de escolhida a situação, pode ser adaptada de modo a modificar o seu impacto emocional, o que constitui a modificação da situação, que também tem sido referida como coping focalizado no problema. Em terceiro, a atenção, que é usada para escolher em qual dos aspetos a situação se vai focar. Depois disto, a mudança cognitiva pode ser usada, seleccionando qual dos muitos significados possíveis se irá anexar a esse aspeto. Por último, a modulação da resposta, que se refere a tentativas de influenciar as tendências de resposta da emoção, depois de terem sido provocadas.

Este autor defende ainda a necessidade de três distinções, ou seja, a regulação emocional pode referir-se igualmente bem para regular alguma coisa, como comportamentos ou pensamentos ou regulação das próprias emoções. Por outro lado, classificar como os indivíduos influenciam as suas próprias emoções e as das outras pessoas. E ainda, a regulação emocional como consciente ou inconsciente.

Deste modo, a regulação emocional constitui um aspeto essencial para encaminhar um comportamento adaptativo adequado, sendo que esta se torna desadaptativa quando a

regulação emocional não muda a resposta emocional da maneira desejada, ou quando as consequências a longo prazo, superam os benefícios de mudanças a curto prazo na emoção.

3.1.2. Regulação Emocional e Saúde

Vários estudos demonstraram que a ligação entre as emoções e a progressão de diversas doenças não é mera coincidência (Gross, 1989), da mesma forma que a alegria e o otimismo são traços marcantes em indivíduos saudáveis ou que recuperam de problemas de saúde com rapidez. Existe um claro efeito das emoções no sistema nervoso autónomo, que regula o nosso corpo e no sistema imunitário, principalmente em situações de stress (Goleman, 1995).

São assim um importante fator preditivo de saúde, exercendo função sobre doenças coronárias (Donker, 2000), gripe (Cohen et al., 1998), artrite (Creamer & Hochberg, 1998), problemas respiratórios (Sarafino et al., 1998), cancro (Gross, 1989), hipertensão arterial (Wirtz et al., 2006) e também em pacientes em hemodiálise, nos quais as implicações da regulação emocional revelaram-se importantes no bem-estar e tratamento da doença (Gillanders et al., 2008).

Apesar disto, existem ainda estudos que demonstram não haver uma relação direta mas sim indireta entre a regulação emocional e outras doenças específicas. Como demonstrado numa investigação levada a cabo por Middendorp e colaboradores (2005), onde foi verificado que a regulação emocional não tem uma importância evidente na saúde de pacientes com artrite reumatoide, mas pode ser tida em consideração no bem-estar psicológico e no funcionamento social e desta forma ter implicações na saúde.

Portanto, “na terra dos doentes” as emoções reinam como soberanas (Goleman, 1995), apesar de não ser possível afirmar que são as únicas responsáveis nas doenças, pois têm também de ser considerados os fatores genéticos, fisiológicos e ambientais, que exercem a sua influência (Vernon et al., 2008).

3.2. Regulação Emocional em Doentes com Psoríase

3.2.1. Características de Personalidade dos Doentes com Psoríase

De acordo com a avaliação da personalidade dos indivíduos portadores de psoríase, 80% apresentaram desvios em pelo menos um tipo de traço de personalidade, sobressaindo as escalas Extroversão, Insanidade, e Neuroticismo, que indicam dificuldades emocionais ao nível do controlo emocional (Extroversão), com sentimentos de isolamento, ansiedade

paranóide e prováveis distúrbios psicológicos (Insanidade), inflexibilidade e alta sensibilidade a ansiedade generalizada (Neuroticismo), o que provavelmente se reflete em dificuldades adaptativas (Mingnorance et al., 2001).

Num estudo desenvolvido por Bahmer e colaboradores (2007), foram encontrados nestes doentes, graus significativamente elevados de incapacidade e tristeza, e valores de calma abaixo da média, mais expressivos nas mulheres do que nos homens, assim como diferenças claramente maiores no que diz respeito à cólera. Apresentaram ainda uma baixa pontuação para o tipo de personalidade ambiciosa e narcisista, que relacionaram com o facto de estes pacientes raramente ficarem com raiva em resposta às críticas que lhe são direccionadas, além disso tendem a subestimar as suas capacidades e habilidades. Do mesmo modo, estes doentes mostraram uma tendência para uma personalidade altruísta e uma pontuação abaixo da média nos tipos otimista e espontâneo.

O nível de incapacidade encontrado, segundo os mesmos autores, prediz a ligação entre a doença e depressão, pois tornam-se impotentes quando são confrontados com uma situação em que não são capazes de evitar um resultado negativo. Esse sentimento de não ser capaz de gerir a situação, orientado para a ação leva à exteriorização da incapacidade. Relataram também, que a falta de motivação encontrada pode ser um resultado direto de experiências anteriores desagradáveis associadas à doença, pois muitas vezes a psoríase ocorre na idade adulta, o que pode tornar mais difícil o desenvolvimento de estratégias de coping e da própria personalidade.

3.2.2. Alexitimia em Doentes com Psoríase

Começamos por esclarecer que Sifneos em 1972 citado por Nemiah (1996), deu nome ao termo Alexitimia para delinear um padrão de comportamento que tinha anteriormente observado em pacientes com distúrbios psicossomáticos que não foram capazes de descrever ou diferenciar emoções. Surge assim a definição de alexitimia, como uma forma confusa de “experienciar, viver e exprimir o afeto”, expressando-se segundo Mota-Cardoso (2001) pelas seguintes características:

- i) Dificuldade na identificação e descrição dos afetos;
- ii) Dificuldade na distinção entre sentimentos e sensações corporais;
- iii) Diminuição das capacidades imaginativas, com pobreza de fantasias;
- iv) Estilo cognitivo orientado para o exterior.

Por outro lado, tendo em conta o sistema experiencial, pressupõe-se a alexitimia como um défice da experiência, representação, distinção e regulação emocionais (Silva & Branco

Vasco, 2010). Assim sendo, num estudo realizado por Allegranti e colaboradores (1994), foi avaliada a prevalência de características de alexitimia numa amostra de doentes de psoríase, cujos resultados revelaram, que estes doentes apresentam maior prevalência de alexitimia do que os do grupo controlo, indivíduos saudáveis, mais concretamente reagem negativamente em relação às suas emoções com o propósito de se protegerem socialmente.

Segundo os autores Picardi e colaboradores (2005), apesar das diferenças não serem conclusivas, o seu estudo sobre o papel de acontecimentos indutores de stress, vinculação, suporte social percebido e alexitimia no desencadeamento das exacerbações de psoríase, apontou para o facto da alexitimia poder aumentar a suscetibilidade para a exacerbação da doença, provavelmente por uma regulação emocional desfavorecida, com evitamento das emoções e das relações de intimidade. Sugerindo ainda, que o papel da alexitimia pode ser ainda mais importante no desenvolvimento de determinados tipo de psoríase como na psoríase em placas e na psoríase em gotas (Picardi et al., 2003).

Noutro estudo, os resultados obtidos confirmaram a alta prevalência de alexitimia entre os pacientes com psoríase (39,6%) em comparação com o grupo de controlo (13,2%), demonstrando haver uma ligação estreita entre estas condições. Verificaram que o fator stress estava presente antes do aparecimento da psoríase em metade dos casos, sendo esta considerada grave na mesma percentagem. Neste estudo as mulheres apresentaram valores de psoríase severa relacionados com alexitimia e a ligação com a idade foi significativa a partir dos 40 anos. A associação entre psoríase e outras doenças psicossomáticas foi significativa, levando à conclusão de que o risco de novas doenças psicossomáticas aumenta na presença de alexitimia. Verificaram ainda que nos pacientes com alexitimia o consumo de álcool foi associado à severidade da psoríase. Concluíram também que a alexitimia parece estar relacionada com a psoríase no agravamento do quadro clínico global, expondo o doente a outras patologias psicossomáticas e ao alcoolismo, com conseqüente deterioramento da sua saúde. Sugeriram que para o tratamento da psoríase e melhoria do quadro clínico do doente deve ter-se em conta estratégias terapêuticas que englobem a expressão de emoções (Masmoudi et al., 2009).

Em doentes que sofrem de alexitimia parece existir o risco de que os sinais físicos e emocionais possam ser interpretados sem distinção dos indícios de sofrimento psicológico, o que pode explicar a sintomatologia somática, devido à falta de expressão desse sofrimento, levando ao aparecimento da psoríase. Estão assim também subentendidas na alexitimia as dificuldades de regulação emocional.

3.3.3. Dificuldades de Regulação Emocional em Doentes com Psoríase

Os psoriáticos têm tendência a sentirem-se impotentes, envergonhados ou com raiva e frustrados em relação à sua doença (Barankin & DeKoven, 2002), principalmente porque sentem que os outros os consideram como contagiosos, sentido rejeição ao toque ou até mesmo como um leproso (Ramsay & O'Reagan, 1988). Experimentam na pele a estigmatização relacionada com a doença (Vardy et al., 2002), apesar desta não ser contagiosa e portanto não ser transmitida por contágio, de uma parte do corpo para outra (Fry, 2004).

Segundo um “Estudo de caracterização de doentes com psoríase”, levado a cabo pela Associação Portuguesa de Psoríase (2011), 69,8% dos doentes portugueses pensam que a doença afeta a autoestima negativamente, levando a que tenham dificuldades de contacto com outras pessoas.

De acordo com Korte e colaboradores (2004), no seu estudo verificaram que os pacientes relataram um comprometimento geral da sua saúde mental (ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e bem-estar psicológico) e uma ampla gama de reações emocionais, tais como vergonha, embaraço, autoconsciência, ansiedade, raiva, impotência e depressão. Os efeitos negativos da psoríase no corpo e na autoimagem (sentir-se imundo, fisicamente pouco atraente ou sexualmente indesejável e os efeitos adversos sobre a aparência física, autoestima e autoconfiança) foram também demonstrados.

3.4. Conclusão

Como vimos na revisão bibliográfica os processos de regulação emocional são algo bastante intrínseco na psoríase e que afetam a doença de diversas formas.

Deverá ser investigado, o papel da influência da regulação das emoções, no controlo do comportamento e do impulso, no aumento da severidade da doença, no consumo de álcool associado com a mesma, nos cuidados de higiene e na autoestima, entre outros. Dando também destaque às diferenças entre género e idades, uma vez que a nossa revisão salientou o papel importante destas e constatou que poucos estudos na população portuguesa se têm debruçado sobre esta interação. Evidencia-se assim, que uma abordagem terapêutica que tenha em conta a forma como as pessoas se sentem, ajudando-as a gerir os seus sentimentos perturbadores e atendendo às suas necessidades emocionais, pode contribuir para a prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida (Goleman, 1995).

Capítulo IV: Objetivos

Este capítulo destina-se à exposição daqueles que são os objetivos centrais deste estudo e das variáveis consideradas pertinentes para análise.

Este estudo visa uma melhor compreensão das dificuldades de regulação emocional dos pacientes com psoríase, destacamos assim como objetivos principais desta investigação: a avaliação das dificuldades de regulação emocional em doentes com psoríase e a análise das variáveis que estão associadas com esta regulação. De forma a compreender os vários tipos de impacto desta doença e as suas consequências, será também relacionada e avaliada a importância de outros fatores, como alguns dados sociodemográficos e clínicos e a gravidade da doença na regulação emocional. Assim, interessa investigar a relação entre as dificuldades de regulação emocional e as seguintes variáveis:

- Sexo;
- Idade;
- Duração da doença;
- Incómodo provocado pela doença;
- Grau de satisfação com o tratamento;
- Acompanhamento psicológico;
- Absentismo;
- Alteração das atividades diárias;
- Comportamentos de Saúde, nomeadamente consumo de álcool e café;
- Zonas corporais afetadas pela psoríase;
- Severidade da psoríase;
- Incapacidade provocada pela psoríase;
- Sintomas psicopatológicos, especialmente a depressão e a ansiedade;

Capítulo V: Métodos

Neste ponto procedemos à apresentação da metodologia do estudo, que engloba quatro divisões: a amostra, os instrumentos, os procedimentos e o desenho do estudo.

5.1. Amostra

5.1.1. Seleção da Amostra

A seleção da amostra foi realizada com o objetivo de se conseguir uma amostra representativa da população Portuguesa de doentes com psoríase. Os psoriáticos foram recrutados de diversas formas, entre as quais, através da base de dados da Associação Portuguesa de Psoríase (PSOPortugal). Neste caso, numa primeira fase os doentes, depois de contactados pela PSOPortugal, participavam na investigação através do envio de uma mensagem para o e-mail do estudo, onde davam consentimento para a sua participação, e de seguida eram convidados a facultar a sua morada para a qual seria enviado o instrumento de avaliação da severidade da doença (SAPASI). Sucedia-se o preenchimento de um inquérito *online* constituído por quatro instrumentos, o questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE), o Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Numa segunda fase esta associação enviou aos sócios, não titulares de e-mail uma carta contendo os cinco instrumentos e um envelope que permitia o envio pelos próprios dos questionários preenchidos.

Os restantes participantes foram recrutados por contacto e entrega direta dos protocolos aos doentes pelos investigadores do presente estudo, de forma aleatória, que foram mais tarde recolhidos.

Os critérios de inclusão dos participantes na amostra foram os seguintes:

- i) Idade: entre os 17 e os 85 anos, inclusivé;
- ii) Diagnóstico de psoríase;
- iii) Nível de escolaridade básico, para uma leitura e compreensão de todos os itens.

5.1.2. Caracterização da Amostra

5.1.2.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra em estudo é composta por 228 participantes, 114 do sexo masculino, com uma média de idade de 46.65 anos ($DP = 14.69$; valores entre 17 e 82 anos).¹ Mais de metade são pessoas casadas ou em união de facto (58.8%). Entre as restantes 29.4% são solteiras, 5.7% são divorciadas ou separadas e na mesma percentagem são viúvas.² No que diz respeito à “raça” 98.9% são caucasianos e apenas um participante é do grupo negroide e outro do asiático.³

Em termos de habilitações académicas a distribuição é a seguinte: 29.6% dos doentes possuem habilitações literárias até ao 9º ano, 22.1% do 10º ao 12º ano, 16.8% possuem curso médio e 31.4% possuem um curso superior.⁴ Relativamente à situação profissional, verifica-se que 65.6% da amostra estava empregada. As restantes situações distribuem-se da seguinte forma: 1.8% da amostra estava de baixa médica, 12.8% em situação de desemprego, 18.7% encontrava-se reformada, sendo que 3.2% por motivos de invalidez e os restantes 16.5% pela idade⁵ (ver Tabela 5.1).

Em relação à distribuição demográfica, a amostra distribuiu-se de forma desigual em termos de regiões⁶, com incidência nas zonas entre Douro e Minho (47.4%), e Estremadura e Ribatejo (35.5%), seguindo-se Beira Litoral (4.4%), Beira Interior e Alentejo (2.6%), Trás-os-Montes e Alto Douro e Algarve (2.2%), e por fim, Ilhas (0.4%).

¹ Três participantes não indicaram o sexo e cinco a idade.

² Um participante não indicou o estado civil.

³ Quarenta e três participantes não responderam a esta questão.

⁴ Dois participantes não responderam a esta questão.

⁵ Dez participantes não responderam a esta questão.

⁶ Seis participantes não responderam a esta questão.

Tabela 5.1: Caracterização da idade, sexo, estado civil, raça, habilitações literárias e situação profissional.

		Amostra Total	
Idade		M = 46.65 (DP = 14.69)	
		N	%
Sexo	Masculino	114	50.7
	Feminino	111	49.3
Estado Civil	Solteiro	67	29.5
	Casado	122	53.7
	União de facto	12	5.3
	Divorciado	10	4.4
	Separado	3	1.3
	Viúvo	13	5.7
	Raça	Caucasiana	183
Negra		1	0.5
Asiática		1	0.5
Habilitações Literárias	1 a 4 anos	26	11.5
	5 a 6 anos	12	5.3
	7 a 9 anos	29	12.8
	10 a 12 anos	50	22.1
	Curso médio	38	16.8
	Curso superior	71	31.4
	Situação Profissional	Empregado	143
Baixa médica		4	1.8
Desempregado		28	12.8
Reformado por invalidez		7	3.2
Reformado por idade		36	16.5

5.1.2.2. Caracterização clínica

Os participantes apresentavam diagnóstico de psoríase em média há cerca de 21 anos ($M = 20.98$, $DP = 13.81$; variação entre menos de um ano e 69 anos).⁷ Relativamente ao recurso a profissionais para tratamento da doença, os participantes foram questionados sobre o número de dermatologistas a que recorreram nos últimos 2 anos. Verificamos que entre os 219 participantes que facultaram 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. Comparativamente ao recurso a outras especialidades médicas, cerca de metade ($n = 115$, 50.44%) dos participantes indicaram tê-lo feito nos últimos anos, com a seguinte distribuição: 2 ou menos destes médicos, 80.9%; entre 3 a 5, 12.1%; e 6 ou mais, 7.0%. Relativamente ao historial da doença na família dos doentes, concluímos que mais de metade da amostra indicou ter história de psoríase na família (56.9%).⁸

⁷ Apenas um participante indicou diagnóstico da doença há menos de um ano e 34 não responderam à questão.

⁸ Três participantes não responderam a esta questão.

Uma análise da amostra, no que se refere à percepção da gravidade da doença pelo doente⁹ e do incómodo causado pela mesma, é apresentada na Tabela 5.2., onde se salienta, que a amostra se distribuiu com mais incidência no fator pouco grave e grave, o que se reflete numa percepção menos exacerbada da doença. Em relação ao incómodo¹⁰ que esta provoca nos doentes, os valores já são mais elevados.

Tabela 5.2: Distribuição das variáveis gravidade e incómodo da doença.

Doença	N	%
Gravidade		
Pouco grave	93	40.8
Grave	102	44.7
Muito grave	29	12.7
Incómodo		
Pouco incómoda	30	13.2
Incómoda	102	45.1
Muito incómoda	94	41.6

Por fim, 48.2% ($n = 110$) dos participantes, responderam que têm outras doenças associadas à psoríase, com enfoque nas doenças osteo-articulares (40%) e reumatismo (30%). Uma distribuição geral das doenças, encontra-se descrita na Tabela 5.3.

Tabela 5.3: Distribuição da variável outras doenças.

Doenças	N	% ¹¹
Osteo-articulares	44	40.0
Reumatismo	33	30.0
Cardiovasculares	27	24.5
Metabólicas	26	23.6
Respiratórias	25	22.7
Neurológicas	16	14.5
Surdez	10	9.1
Renais	7	6.4
Cegueira	2	1.8

⁹ Quatro participantes não responderam a esta questão.

¹⁰ Dois participantes não responderam a esta questão.

¹¹ Percentagem de participantes que responderam que têm cada uma das doenças.

5.1.2.3. Caracterização do tratamento

Quanto à satisfação¹² com o atual tratamento de 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” ($t = 11.39$, $p < .001$), como inferior a “Satisfeito” ($t = -5.85$, $p < .001$).

Em termos de custos¹³, os psoriáticos do nosso estudo revelaram que em média gastam 54.90€ e no máximo 300.00€ ($DP = 53.42$) com o tratamento da psoríase.

Relativamente ao número de tratamentos¹⁴, quase metade da amostra referiu ter efetuado mais de 5 tratamentos (45.1%), 23.9% responderam entre 0 a 2, e 31% dos doentes realizaram de 3 a 5 tratamentos.

5.1.2.4. Caracterização da comorbilidade

Neste parâmetro salienta-se que 41.3%,¹⁵ da amostra referiu já lhe ter sido diagnosticado ansiedade ou depressão em algum momento da sua vida, sendo que 25.9%¹⁶ indicou receber acompanhamento psicológico, na maioria há mais de 6 meses (21.5%¹⁷), e 27.1%¹⁸ referiu que toma ansiolíticos ou antidepressivos.

5.1.2.5. Caracterização do impacto da doença no trabalho/escola e atividades diárias

No que se refere ao número de dias que os doentes faltaram ao trabalho/escola¹⁹, destaca-se uma média de 1.56, com um máximo de 60 dias. Em relação às atividades diárias alteradas²⁰, evidencia-se uma média de 3.44, com 180 dias de máximo.

Ainda sobre a negação do acesso a alguma atividade profissional²¹, 90.4% referiram tal nunca ter acontecido, assim como 82.0% não viram a sua doença como condicionante da sua opção profissional²².

¹² Quatro participantes não responderam a esta questão.

¹³ Trinta participantes não responderam a esta questão.

¹⁴ Quinze participantes não responderam a esta questão.

¹⁵ Cinco participantes não responderam a esta questão.

¹⁶ Quatro participantes não responderam a esta questão.

¹⁷ Catorze participantes não responderam a esta questão e em 167 não se aplica.

¹⁸ Dez participantes não responderam a esta questão.

¹⁹ Trinta e quatro participantes não responderam a esta questão.

²⁰ Trinta e cinco participantes não responderam a esta questão.

²¹ Três participantes não responderam a esta questão.

²² Seis participantes não responderam a esta questão.

5.1.2.6. Caracterização dos comportamentos de saúde

Analisando os comportamentos de saúde dos doentes, o que mais se salienta, são os consumos mais elevados de cigarros, com um máximo de 40 por dia (ver Tabela 5.4).

Tabela 5.4: Distribuição das variáveis dos comportamentos de saúde.

Comportamentos de Saúde	N	Max	Min	M	DP
	Consumo/Dia				
Cigarros	215	40	0	3.52	7.31
Cafés	223	9	0	1.90	1.52
Álcool (copos)	216	8	0	0.67	1.19
# Horas Exercício Físico/Semana	205	14	0	2.08	2.65
# Horas Sono/Dia	224	12	4	7.08	1.22

5.2. Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos selecionados para este estudo foram a DERS - *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Gratz & Roemer, 2004), com o objetivo de avaliar as dificuldades de regulação emocional, o SAPASI - *Self-administered Psoriasis Area and Severity Index* (Feldman, 1994) para avaliar a severidade da doença, o PDI - *Psoriasis Disability Index* (Finlay, 1993), para medir o impacto da psoríase na vida dos doentes, o BSI - *Brief Symptoms Inventory* (Derogatis, 1993), para avaliar os sintomas psicopatológicos e uma ficha sociodemográfica e clínica.

Destes instrumentos, procedeu-se à construção do questionário sóciodemográfico e clínico (Almeida, & Teixeira, 2011) e à tradução e adaptação do SAPASI. Foi utilizada a versão portuguesa da EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional, adaptada por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias (2009), do PDI – Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase, adaptado por Fernandes (2010), e do BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos, adaptado por Canavarro (1995).

Uma vez que os instrumentos de avaliação diferem de acordo com a amostra que medem, procedemos ao estudo psicométrico dos mesmos, através do cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach*, que afere em que proporção o resultado de um item tem relação com as repostas dos outros itens (Bryman & Cramer, 1992).

Apresentam-se de seguida as descrições de cada escala, assim como a sua análise psicométrica.

5.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico (Almeida & Teixeira, 2011)

De modo a obter informações demográficas e sociais dos doentes da amostra, procedeu-se à construção de um questionário onde constam itens como: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação profissional, raça e residência. E mais especificamente, de acordo com o tipo de população em análise, surgiram algumas questões relacionadas com a doença: duração, história familiar de psoríase, número de médicos dermatologistas e de outras especialidades contactados, quantidade e grau de satisfação com o tratamento, alterações nas atividades diárias, faltas ao trabalho, gravidade e impacto da doença, outras doenças associadas, manifestações de ansiedade e/ou depressão, existência de acompanhamento psicológico e toma de ansiolíticos ou antidepressivos. Por fim, dados sobre os comportamentos de saúde, que englobavam a quantidade de bebidas alcoólicas e cafés ingeridos por dia e número de cigarros fumados, assim como o número de horas de exercício físico realizadas por semana e de sono por dia (ver Anexo 2).

5.2.2. EDRE - Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009)

5.2.2.1. Descrição do Instrumento

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, de Gratz & Roemer, 2004) é um instrumento que permite estudar as dificuldades de regulação emocional de forma abrangente e compreensiva, tendo aqui a sua principal diferença em relação às medidas existentes anteriormente de regulação emocional, principalmente a desadaptativa, medindo assim a sua complexidade e os aspetos clinicamente relevantes.

Esta escala é constituída por 36 itens, cuja resposta implica que os participantes avaliem a frequência de sentimentos, numa escala em que o 1 corresponde a “quase nunca”, o 2 corresponde a “algumas vezes”, o 3 corresponde a “cerca de metade do tempo”, o 4 corresponde a “a maioria do tempo” e por fim o 5 corresponde a “quase sempre”). Os itens da escala desenvolveram-se e foram escolhidos tendo em conta o objetivo de avaliar os níveis típicos de desregulação em seis fatores, mais explicitamente referidos na Tabela 5.5.

Tabela 5.5: Significado das subescalas da escala de dificuldades na regulação emocional.

Subescalas	# de itens	Significado
Estratégias	8	Acesso limitado às estratégias de regulação emocional
Não aceitação	6	Não aceitação das respostas emocionais
Consciência	6	Falta de consciência emocional
Impulsos	6	Dificuldade de controlo de impulsos
Objetivos	5	Dificuldades em agir de acordo com os objetivos
Clareza	5	Falta de clareza emocional
EDRE Total	36	

Tabela adaptada de Coutinho e colaboradores (2009).

O resultado final da EDRE reflete a flexibilidade do indivíduo em utilizar estratégias de regulação emocional, eficazes e adaptadas à situação. Esta escala foi adaptada para a população portuguesa (ver Anexo 3) num estudo desenvolvido por Coutinho e colaboradores (2009).

Nessa investigação para a população portuguesa, as análises psicométricas podem ser resumidas:

- i) Consistência interna: as subescalas demonstraram bons níveis de consistência interna, para a subescala estratégias um alfa de 0.88, para a subescala não aceitação um alfa de 0.86, para a subescala consciência um alfa de 0.74, para a subescala impulsos um alfa de 0.80, para a subescala objetivos um alfa de 0.85 e para a subescala clareza um alfa de 0.75. Os resultados indicaram ainda que a EDRE possui elevada consistência interna, $\alpha = 0.92$, um valor próximo ao do estudo original.
- ii) Consistência teste-reteste: o valor obtido de 0.82 traduz uma excelente fiabilidade teste-reteste e também ao nível das subescalas os valores foram muito aceitáveis, 0.81 (estratégias), 0.70 (não aceitação), 0.67 (consciência), 0.75 (impulsos), 0.74 (objetivos), e 0.74 (clareza).
- iii) Estrutura fatorial: a análise fatorial resultou em sete fatores, mas os autores da escala original concluíram que seis fatores era o necessário para este instrumento, assim estes seis fatores explicavam 58.24% da variância total.

5.2.2.2. Análise psicométrica

De maneira a ter em conta a escala total e as seis subescalas da EDRE na análise estatística, resolvemos proceder a uma análise da sua consistência interna, através do *alfa de Cronbach*. Apresentamos de seguida os resultados das pesquisas efetuadas.

Tabela 5.6: *Alfa de Cronbach* das subescalas e escala total da escala de dificuldades na regulação emocional do presente estudo e da escala portuguesa.

	# de itens	<i>Alfa de Cronbach</i> do estudo	<i>Alfa de Cronbach</i> da escala portuguesa
Estratégias	8	0.85	0.88
Não-Aceitação	6	0.87	0.86
Consciência	6	0.74	0.74
Impulsos	6	0.86	0.80
Objetivos	5	0.79	0.85
Clareza	5	0.61	0.75
EDRE Total	36	0.61	0.92

Segundo a tabela 5.6, concluímos que as diversas subescalas da escala de dificuldades na regulação emocional apresentam valores moderados de consistência interna com valores de *alfa de Cronbach* situados entre 0.74 e 0.87. Apenas a subescala clareza apresenta um valor de consistência interna baixo, assim como a escala total com o mesmo valor.

5.2.3. SAPASI - Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (Feldman, 1994)

5.2.3.1. Descrição do Instrumento

O SAPASI é um instrumento de avaliação da severidade da psoríase autoadministrado que apresenta a vantagem de permitir obter resultados de um modo mais rápido e prático, onde o preenchimento é efetuado pelo doente, que o PASI - *Psoriasis Area Severity Index* (Fredriksson & Pettersson, 1978), instrumento de avaliação da gravidade efetuado por um clínico e mais extenso e que não tem em conta a perceção por parte do doente da sua doença. É um instrumento que permite uma avaliação pelo paciente, da severidade da psoríase através da perceção de três características das lesões, a cor (cor da pele rosa claro, rosada, vermelho vivo, vermelho escuro), a espessura (planas, ligeiramente elevadas, elevadas, espessas, muito espessas) e a descamação (sem descamação, levemente descamativa, descamação fina, descamação grossa, descamação grossa e aderente), numa escala visual analógica. Em todas elas quanto mais elevada a pontuação que o doente lhe atribui (0-120), maior a severidade da doença. A gravidade percebida da doença não é apenas avaliada pelas características das lesões de psoríase, mas também pela parte do corpo afetada (cabeça, membros superiores, tronco e membros inferiores), o doente assinala sombreando numa figura as zonas afetadas.

5.2.3.2. Análise psicométrica

Testamos em que medida as três dimensões da perceção da severidade da doença (cor, espessura e descamação) são consistentes entre si e verificamos um valor de consistência interna de $\alpha = 0.80$.

Adicionalmente verificamos as correlações entre as 4 dimensões consideradas para avaliação da doença (descritas acima) e a área total da extensão das lesões, resultado obtido pela fórmula do SAPASI (ver Tabela 5.7).

Tabela 5.7: Correlação entre as dimensões da severidade da doença e o valor total obtido pelo instrumento.

	Cor	Espessura	Descamação	Área Total Afetada
Espessura	0.53***			
Descamação	0.49***	0.71***		
Área Total Afetada	0.35***	0.29***	0.22***	
SAPASI - Total	0.45***	0.52***	0.41***	0.93***

Notas: Os valores referem-se a correlações r de Pearson; ***, $p < .001$

Como podemos constatar na Tabela 5.7, todas as correlações são positivas e significativas, destacando-se a correlação entre o valor de *SAPASI* e a *Área Total Extensão das Lesões*, $r = 0.93$. Ou seja, na prática conhecendo a área total afetada, temos um bom preditor da severidade percebida da doença. Merece ainda evidência o fato de as correlações entre a Área Total Afetada e as três dimensões percetivas da severidade, apesar de significativas, serem mais baixas do que as restantes (maior $r = 0.22$).

5.2.4. PDI – Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (Fernandes, 2010)

5.2.4.1. Descrição do Instrumento

O Índice de Incapacidade Provocada pela Psoríase (*Psoriasis Disability Index*, de Finlay, 1993) tem como objetivo quantificar o impacto da psoríase na vida dos pacientes. Este instrumento foi desenvolvido para adultos, ou seja, para pacientes com idades iguais ou superiores a 16 anos. A janela de tempo considerada para as questões direciona-se para as quatro semanas anteriores ao preenchimento do questionário. É de autoavaliação e não tem necessidade de uma explicação detalhada, pelo que geralmente é concluído em três ou quatro minutos.

É constituído por 15 itens e dividido em 5 subescalas (atividades quotidianas, trabalho/escola ou perguntas alternativas, relacionamentos pessoais, atividades de lazer e tratamento). A pontuação de cada questão é dada numa série de 4 respostas, nada (= 0), ligeiramente (= 1), bastante (= 2), muito (= 3) e se a pergunta é deixada sem resposta a pontuação considerada é 0. O resultado do PDI é então calculado pela soma da pontuação de cada uma das 15 questões, resultando num máximo de 45 e num mínimo de 0.

O resultado final demonstra que quanto mais elevado for o valor obtido maior é a incapacidade do indivíduo (Finlay et al., 1990).

O PDI foi traduzido e aferido para a população portuguesa (ver Anexo 4), por Fernandes (2010), e nessa investigação as análises psicométricas podem ser resumidas:

- i) Consistência interna: as subescalas demonstraram bons níveis de consistência interna, para a subescala atividades diárias um alfa de 0.74, trabalho/escola um alfa de 0.78, relações pessoais um alfa de 0.62 (apesar de mais baixo foi considerado aceitável) e atividades de lazer um alfa de 0.71. Para a escala total o *alfa de Cronbach* foi de 0.89.
- ii) Consistência teste-reteste: o questionário mostrou boa fiabilidade teste-reteste, com um coeficiente de correlação de Pearson global de 0.89. Para as atividades diárias 0.83, trabalho/escola 0.75, relações pessoais 0.87, atividades de lazer 0.86 e tratamento 0.87.

5.2.4.2. Análise psicométrica

A análise à consistência interna da escala PDI revelou que esta é elevada tanto entre os participantes que responderam às 3 questões que são relativas às atividades de “trabalho/escola”, $\alpha = 0.83$ ($n = 149$), como entre os que responderam às 3 questões para “outras atividades”, $\alpha = 0.86$ ($n = 75$). Como pode constatar-se na Tabela 5.8, apenas as subescalas “Trabalho/Escola” e “Atividades de Lazer” apresentam baixos valores de consistência, respetivamente $\alpha = 0.59$ e $\alpha = 0.51$.²³

²³ De todo o modo considerando o número reduzido de itens, respetivamente 3 e 4 itens, estes valores de consistência interna devem ser perspetivados com cuidado. De facto a intercorrelação média é de $r_{média} = .321$ e $r_{média} = .204$. Por exemplo, se estas fossem compostas por 7 itens os valores de α seriam os seguintes $\alpha = .77$ e $\alpha = .64$ [$\alpha = k * r_{média} / [1 + (k-1) * r_{média}]$].

Tabela 5.8: *Alfa de Cronbach* das subescalas do índice de incapacidade provocada pela psoríase do presente estudo, da escala portuguesa e da original.

	# de itens	<i>Alfa de Cronbach</i> do estudo	<i>Alfa de Cronbach</i> da escala portuguesa	<i>Alfa de Cronbach</i> da escala original
Atividades Diárias	5	0.74	0.74	0.78
Trabalho/Escola	3	0.59	0.78	0.81
Perguntas Alternativas	3	0.87	__a	__b
Relações Pessoais	2	0.93	0.62	0.80
Atividades de Lazer	4	0.51	0.71	0.77
Tratamento	1	__c	__c	__c

Notas:

a Sem especificação.

b Não tem a mesma especificação na escala original.

c A subescala tem apenas um item.

5.2.5. BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1995)

5.2.5.1. Descrição do Instrumento

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptoms Inventory*, de Derogatis, 1993) tem como objetivo avaliar os sintomas psicopatológicos em relação a nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e além destes valores distingue ainda três índices globais (índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos), que são avaliações sumárias de perturbação emocional, representando aspetos diferentes de psicopatologia.

O BSI é um instrumento constituído por 53 itens, onde é solicitado aos participantes que registem o seu grau de concordância relativamente a cada uma das questões, às quais o sujeito deve responder numa escala tipo *lickert* de 5 pontos desde 0 (nunca) até 4 (muitíssimas vezes), classificando o quanto cada problema o afetou durante a última semana. A cotação das nove dimensões psicopatológicas é feita através da soma dos valores (0-4) obtidos em cada item. Os três índices globais são avaliados de forma diferente, ou seja, para se obter o índice geral de sintomas, soma-se a pontuação de todos os itens e divide-se pelo número total de respostas; o total de sintomas positivos consegue-se através da soma de todas as respostas positivas; e o índice de sintomas positivos, pela divisão da soma de todos os itens pelo total de sintomas positivos. A pontuação obtida nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que mais perturba o sujeito, enquanto que a visualização dos índices

globais permite medir o nível de sintomas psicopatológicos exibido (Simões et al., 2008). Este questionário foi traduzido e aferido para a população portuguesa (ver Anexo 5), por Canavarro (1995), e nessa investigação os estudos psicométricos revelaram:

- i) Consistência interna: as nove dimensões de sintomatologia, demonstraram adequados níveis de consistência interna com os seguintes *alfa de Cronbach*, somatização um alfa de 0.80, obsessões-compulsões um alfa de 0.77, sensibilidade interpessoal um alfa de 0.76, depressão um alfa de 0.73, ansiedade um alfa de 0.77, hostilidade um alfa de 0.76, ansiedade fóbica um alfa de 0.62, ideação paranóide um alfa de 0.72, e psicoticismo um alfa de 0.62.
- ii) Consistência teste-reteste: o questionário demonstrou ter fiabilidade teste-reteste, com os seguintes coeficientes de correlação de Pearson, somatização 0.76, obsessões-compulsões 0.71, sensibilidade interpessoal 0.68, depressão 0.81, ansiedade 0.74, hostilidade 0.65, ansiedade fóbica 0.79, ideação paranóide 0.63 e psicoticismo 0.78.
- iii) Estrutura fatorial: o instrumento foi capaz de discriminar entre amostras clínicas e não clínicas, demonstrando uma boa capacidade para classificar os indivíduos pelos dois grupos.

5.2.5.2. Análise psicométrica

A análise à consistência interna da escala BSI demonstrou que esta é elevada em todas as subescalas da mesma. Na Tabela 5.9, apresentamos os valores de *alfa de Cronbach* de cada uma delas.

Tabela 5.9: *Alfa de Cronbach* das subescalas do inventário de sintomas psicopatológicos do presente estudo e da escala portuguesa.

	# de itens	<i>Alfa de Cronbach</i> do estudo	<i>Alfa de Cronbach</i> da escala portuguesa
Somatização	7	0.85	0.80
Obsessão Compulsão	6	0.86	0.77
Sensibilidade Interpessoal	4	0.85	0.76
Depressão	6	0.91	0.73
Ansiedade	6	0.87	0.77
Hostilidade	4	0.85	0.76
Ansiedade Fóbica	5	0.81	0.62
Ideação Paranóide	5	0.81	0.72
Psicoticismo	5	0.80	0.62

Concluimos então que as diversas subescalas do BSI apresentam *alfa de Cronbach* situados entre 0.80 e 0.91, correspondendo respetivamente ao psicoticismo e à depressão. Podemos ainda constatar que de uma forma geral, estes valores são mais elevados do que os verificados na escala de adaptação à população portuguesa por Canavarro (1995).

5.3. Procedimentos

5.3.1. Recolha de Dados

A recolha da amostra foi feita de forma aleatória, pelo que os participantes foram obtidos em diversos locais, sem qualquer tipo de especificidade prévia em relação a este parâmetro. Contudo, foram tidos em conta os critérios de inclusão na amostra anteriormente referidos.

A aplicação dos instrumentos aos participantes decorreu entre abril de 2011 e outubro de 2011, de forma autoadministrada, através da internet com o questionário *online* e/ou pelo protocolo em formato papel. Em todos os casos, foram explicados os objetivos e pormenores do estudo e o caráter voluntário e confidencial da participação na investigação, tanto por e-mail, como por carta anexada à correspondência enviada aos doentes ou mesmo pessoalmente. Antes de mais, e de forma a garantir um dos aspetos éticos mais importantes, foi solicitado o preenchimento e aceitação do termos de consentimento informado (ver Anexo 1), de forma a dar seguimento à inclusão dos pacientes no estudo. De seguida, foi pedido que passassem ao preenchimento de todos os dados e questões, de forma a não ser deixada por completar nenhuma pergunta. De acordo com relatos dos participantes, estima-se que o tempo aproximado de preenchimento dos instrumentos, tenha sido de 30 minutos.

5.3.2. Análise de Dados

Após a colheita dos dados, estes foram organizados e codificados para poder ser realizada a análise estatística. De seguida, os dados obtidos foram tratados estatisticamente através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 19.0. Quando se pretendeu analisar a associação entre duas variáveis utilizou-se o teste *r de Pearson*, e nas comparações entre grupos recorremos à análise de variância *one-way ANOVA*.

5.4. Desenho do Estudo

De acordo com a revisão teórica realizada, percebemos que eram recorrentes as dificuldades de regulação emocional em doentes com psoríase. Sendo que a doença se manifesta clínica,

psicológica e socialmente apresentando um grande impacto na vida do doente. Assim, e por serem poucos os estudos em Portugal sobre psoríase, pretendemos conhecer esta manifestação nos psoriáticos em Portugal. Ressaltam diversas questões às quais pretendemos obter resposta, concretamente, como se caracterizam e que relação existe entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da doença, qualidade de vida, depressão e ansiedade e em que parâmetros da vida destes doentes a regulação emocional interfere.

Foi desta forma, desenhado para esta análise um estudo descritivo, de natureza correlacional, que pretendia perceber a existência ou não de uma relação entre as variáveis, tentando analisar as suas associações, distinguindo-as e explicitando-as.

Capítulo VI: Resultados

Indicam-se neste capítulo os resultados obtidos no estudo após análise estatística dos mesmos. Começamos por relacionar a ligação entre as dificuldades de regulação emocional e os dados obtidos na caracterização da amostra, de seguida a relação da regulação emocional com a severidade da doença, posteriormente a associação com a incapacidade provocada pela psoríase e conseqüente qualidade de vida, e por fim com a sintomatologia psicopatológica.

6.1. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Características Sociodemográficas da Amostra

Neste item procedeu-se à investigação mais detalhada entre as dificuldades de regulação emocional, sexo e idade da amostra.

Em relação ao sexo, e de acordo com as comparações entre grupos do teste *one-way ANOVA*, a única diferença significativa refere-se à subescala consciência ($F = 13.15$), indicando que o sexo masculino apresenta níveis mais baixos de consciência emocional que o feminino. Quanto à idade, não foi encontrada qualquer correlação com a escala total ou subescalas.

6.2. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Características Clínicas

De forma a estudar as possíveis associações entre as dificuldades de regulação emocional e a variável temporal do diagnóstico da doença e o incómodo provocado pela psoríase, recorreu-se ao *r de Pearson*. As correlações estão descritas na Tabela 6.1.

Tabela 6.1: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional, diagnóstico/anos e incómodo doença.

	Estratégias	Não Aceitação	Impulsos	Objetivos	EDRE Total
Diagnóstico/Anos				0.15*	
Incómodo Doença	0.21**	0.16*	0.24**	0.14*	0.18**

Notas: Os valores referem-se a correlações *r de Pearson*; *, $p < .05$; **, $p < .01$

De acordo com a Tabela 6.1, existe uma correlação positiva entre a subescala objetivos e os anos de diagnóstico da doença, podemos assim dizer que, há quanto mais tempo a doença foi

diagnosticada, melhor o doente lida com a mesma. Em relação ao incómodo gerado pela doença, existem correlações positivas com a escala total e todas as subescalas menos com a consciência e com a clareza.

6.3. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Grau de Satisfação com o Tratamento

Encontraram-se correlações negativas entre o grau de satisfação com o tratamento e as variáveis estratégias, não aceitação, impulsos, objetivos e ainda com a escala total (ver Tabela 6.2).

Tabela 6.2: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e grau de satisfação com o tratamento.

	Estratégias	Não Aceitação	Impulsos	Objetivos	EDRE Total
Satisfação Tratamento	-0.24**	-0.21**	-0.23**	-0.21**	-0.23**

Notas: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; **, $p < .01$

Por conseguinte, os psoriáticos que estão mais satisfeitos com o tratamento, apresentam menos dificuldades em regular as suas emoções.

6.4. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Acompanhamento Psicológico

No que se concerne a este parâmetro, surgiram dados interessantes, que são retratados na Tabela 6.3.

Tabela 6.3: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e acompanhamento psicológico.

	Estratégias	Não Aceitação	Objetivos
Acompanhamento Psicólogo/Psiquiatra	-0.16*	-0.14*	-0.17*

Notas: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; *, $p < .05$

Evidencia-se na Tabela 6.3, o facto de se tratarem de correlações negativas, que nos transmitem que quem é acompanhado por um psicólogo ou psiquiatra, tem um acesso mais

limitado às estratégias de regulação emocional e à aceitação das respostas emocionais, para além de menos objetivos.²⁴

6.5. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Características do Impacto no Trabalho/Escola e Atividades Diárias

A Tabela 6.4, demonstra as correlações encontradas entre a quantidade de dias que os doentes faltaram ao trabalho/escola e as subescalas estratégias, não aceitação, impulsos e objetivos e ainda com a escala total. Estes valores, refletem que os psoriáticos que têm mais dificuldades na regulação emocional, faltam mais vezes ao trabalho/escola.

Tabela 6.4: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e faltas ao trabalho/escola.

	Estratégias	Não Aceitação	Impulsos	Objetivos	EDRE Total
# Dias Falta Trabalho/Escola	0.19**	0.18*	0.16*	0.15*	0.17*

Notas: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; *, $p < .05$; **, $p < .01$

Por outro lado, não foram encontradas qualquer tipo de correlações com a quantidade de dias em que o doente teve alterações nas suas atividades diárias.

6.6. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Comportamentos de Saúde

Na Tabela 6.5, estão explicitados os valores encontrados na correlação entre as dificuldades de regulação emocional e a quantidade de bebidas alcoólicas e café consumidos pelos doentes. No que se refere ao consumo de café, existe uma correlação positiva entre a escala total e as subescalas objetivos e clareza. Indicando que nos psoriáticos com mais consumo de café existem também mais dificuldades de identificação do que estão a sentir e de concentração. Em relação ao álcool, apenas a subescala consciência apresenta correlação, pelo que se conclui, que nos pacientes com mais consumos de álcool, maior é a dificuldade sentida ao nível da consciência emocional, isto é, existe uma menor preocupação e atenção para com as emoções sentidas.

²⁴ A variável acompanhamento psicológico é cotada de 0 a 1, isto é, sim ou não, logo, ao interpretar não se pode dizer que quanto mais acompanhamento psicológico mais dificuldades de regulação emocional, porque para isso teria de ser uma variável contínua. Não foi obtida uma diferença de médias, porque as amostras estão desequilibradas.

Tabela 6.5: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e consumo de café e álcool.

Consumos	Correlações			
	Consciência	Objetivos	Clareza	EDRE Total
Café		0.14*	0.20*	0.14*
Álcool	0.16*			

Notas: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; *, $p < .05$

Salienta-se ainda que os resultados demonstraram uma correlação positiva entre a quantidade de cigarros e de cafés consumida por dia, indicando assim que os psoriáticos que fumam mais, também têm tendência a tomar mais cafés ($r = 0.38, p < 0.01$).

Por outro lado, nenhum tipo de correlação foi encontrada entre as dificuldades de regulação emocional e o número de horas de sono por dia, assim como as de exercício físico por semana.

6.7. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Severidade da Doença (SAPASI)

Nenhuma das diversas zonas do corpo (couro cabeludo, face, mãos, pés e genitais) apresentou correlação com a escala total e subescalas da regulação emocional.

Mas, conforme descrito na Tabela 6.6, foram encontradas correlações positivas entre a escala total do SAPASI e a escala total das dificuldades de regulação emocional, assim como com as subescalas não aceitação, objetivos e impulsos, sendo esta última ainda mais significativa.

Tabela 6.6: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e severidade da psoríase.

SAPASI	Correlações			
	Não Aceitação	Impulsos	Objetivos	EDRE Total
	0.16*	0.20**	0.14*	0.17*

Notas: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; *, $p < .05$; **, $p < .01$

6.8. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Incapacidade Provocada pela Psoríase (PDI)

Na Tabela 6.7, apresentamos uma síntese dos resultados obtidos. É de salientar o facto da incapacidade causada pela psoríase desempenhar um papel bastante importante na regulação emocional, sendo as áreas mais afetadas as atividades diárias, o trabalho/escola, as relações pessoais e num nível maior as atividades de lazer, ficando de fora apenas a subescala

tratamento. Ou seja, os psoriáticos com mais dificuldades em regular as suas emoções, também apresentam uma maior incapacidade provocada pela doença.

Tabela 6.7: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e a incapacidade provocada pela psoríase.

	Estratégias	Não Aceitação	Impulsos	Objetivos	Clareza	EDRE Total
PDI Total	0.37**	0.30**	0.41**	0.28**	0.20**	0.36**
Atividades Diárias	0.24**	0.20**	0.31**	0.19**	0.18**	0.26**
Trabalho/Escola	0.31**	0.24**	0.29**	0.22**	0.16**	0.27**
Relações Pessoais	0.29**	0.22**	0.25**	0.17**	0.12**	0.24**
Atividades Lazer	0.39**	0.32**	0.43**	0.32**	0.21**	0.39**

Notas: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; **, $p < .01$

Salienta-se ainda que, a subescala atividades de lazer correlaciona-se positivamente e de forma expressiva com todas as subescalas das dificuldades de regulação emocional, ou seja, os doentes com mais dificuldades de regulação têm uma maior incapacidade provocada pela doença nas suas atividades de lazer.

6.9. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Por último, os resultados obtidos e referenciados na Tabela 6.8, evidenciaram de uma forma geral, a existência de uma relação muito significativa entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia psicopatológica, sendo que os doentes com psoríase com mais dificuldades de regulação, apresentam mais sintomas psicopatológicos.

Destacam-se os valores associados à depressão e à ansiedade, onde existe uma correlação positiva forte em relação à escala total e todas as subescalas da EDRE, menos a clareza, em que é apenas moderada.

“Dificuldades de Regulação Emocional em Doentes com Psoríase”

Tabela 6.8: Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e sintomas psicopatológicos.

	Estratégias	Não Aceitação	Impulsos	Objetivos	Clareza	EDRE Total
Somatização	0.48**	0.42**	0.41**	0.41**	0.24**	0.45**
Obsessões-Compulsões	0.57**	0.42**	0.46**	0.61**	0.30**	0.55**
Sensibilidade Interpessoal	0.57**	0.46**	0.44**	0.54**	0.29**	0.54**
Depressão	0.62**	0.50**	0.50**	0.57**	0.27**	0.57**
Ansiedade	0.58**	0.48**	0.49**	0.55**	0.28**	0.55**
Hostilidade	0.56**	0.45**	0.53**	0.47**	0.26**	0.53**
Ansiedade Fóbica	0.51**	0.43**	0.48**	0.46**	0.34**	0.52**
Ideação Paranóide	0.48**	0.41**	0.43**	0.43**	0.27**	0.47**
Psicoticismo	0.56**	0.47**	0.45**	0.50**	0.35**	0.54**

Notas: Os valores referem-se a correlações *r* de Pearson; **, $p < .01$

Capítulo VII: Discussão

Neste capítulo pretende-se apresentar e discutir os principais resultados obtidos, interpretando-os e relacionando-os quer com os objetivos inicialmente formulados, quer com os resultados obtidos em estudos anteriores.

7.1. Metodologia

A amostra do nosso estudo foi recolhida aleatoriamente de Norte a Sul do país, sem escolha preliminar dos participantes. Não foi usado um grupo de controlo na nossa investigação, ao contrário da maioria dos estudos examinados, pelo facto de estamos a caracterizar a nossa amostra e não a comparar. Assim, posteriormente à caracterização da nossa população, verificámos que em outros estudos portugueses, com amostras extensas, e com temática referente à regulação emocional em amostras clínicas (Vaz et al., 2010; Abelha, 2009; Esteves, 2010), observava-se a conclusão de que na sua amostra existiam dificuldades em identificar e diferenciar emoções, assim como descrevê-las. Desta forma, consideramos que o tamanho da nossa amostra, 228 doentes com psoríase, era o suficiente para podermos estender os nossos resultados à população de doentes com psoríase. Salienta-se ainda o carácter inovador desta investigação pelo facto de não serem conhecidos outros estudos que dentro desta temática tenham as mesmas variáveis em simultâneo.

Todos os instrumentos tinham validade internacional e alguns já estavam aferidos para serem usados na população portuguesa (EDRE, PDI e BSI). Apenas o SAPASI necessitou de ser traduzido e validado.

7.2. Resultados

Salientando o facto de que as pessoas divergem entre si no que diz respeito à sua capacidade de regulação das emoções, relembramos que o nosso objetivo era perceber quais as dificuldades de regulação emocional mais evidentes nos doentes com psoríase em Portugal.

Assim, os principais resultados dos estudos de relação da nossa investigação podem resumir-se da seguinte forma:

- i) Este estudo possibilitou que se investigasse a associação das diversas variáveis sociodemográficas com as dificuldades de regulação emocional. Assim, os resultados obtidos em relação ao sexo, salientam que os psoriáticos do sexo masculino apresentam menos conhecimento e percepção das suas emoções. Estes dados confirmam os de Freitas-Magalhães (2009) nos quais se realça o facto das mulheres serem mais astutas na identificação das emoções, algo visível desde a infância, através da expressão facial da emoção. Estas diferenças segundo o autor são explicáveis pela prática social, onde os diferentes contextos e papéis se manifestam.
Quanto à idade, não foi encontrada qualquer correlação com a escala total ou subescalas, mas caso tivesse sido encontrado algum resultado, teria de se ter em consideração que quem é mais velho tem um diagnóstico de doença há mais tempo, por isso não seria possível perceber se alguma diferença estabelecida teria como causa a idade ou o número de anos com diagnóstico de psoríase.
- ii) Os psoriáticos com diagnóstico da doença mais recente apresentam dificuldades de regulação das emoções, nomeadamente, em agir de acordo com os objetivos e em abstrair-se dos seus pensamentos em relação à doença.
Por outro lado, o indivíduo que percebe a doença como mais incomodativa, tem mais tendência a ficar perturbado com a mesma e a ter sentimentos de culpa em relação à forma como pensa, assim como dificuldades de organização e estímulo para a ação.
- iii) Nesta amostra de pacientes, verificamos que os que estavam mais satisfeitos com o tratamento eram aqueles que apresentavam menos dificuldades a regular as suas emoções. Deste modo, este fator parece ser preponderante para que tenhamos indivíduos que conseguem lidar de forma mais positiva com a sua doença.
- iv) Em relação ao acompanhamento psicológico, os dados encontrados, remetem-nos para o facto de que os doentes com um maior nível de dificuldades de regulação emocional, são os que são acompanhados por psicólogo ou psiquiatra. Um dado que se salienta, por provavelmente serem pacientes que estão perturbados com a sua situação clínica e talvez por isso procuraram ajuda. Os valores obtidos revelam especialmente dificuldades em estabelecer estratégias de regulação emocional e aceitação das respostas emocionais, bem como dificuldades de concentração para a ação.

- v) Constatamos também, que os sujeitos que apresentam mais dificuldades de regulação emocional faltam mais vezes ao trabalho/escola, sendo este um impacto importante na vida do psoriático. Tal foi averiguado num estudo de Finlay e Coles (1995), onde 18% dos doentes com idades entre os 18 e os 34 anos e 17% entre os 35 e os 54 anos, afirmaram que a psoríase interferiu de forma negativa na sua profissão. Podemos perceber que neste parâmetro, os resultados relativos à falta de confiança em si próprio, e à perda de controlo sobre aquilo que pensa, e sobre as suas emoções são significativos.

Por outro lado, o número de dias em que o participante viu as suas atividades diárias alteradas é um pouco maior, evidenciando-se ainda o fato de ter sido descrito um máximo de 180 dias que não foram como o habitual para os psoriáticos, manifestando desta forma um impacto expressivo da doença.

- vi) Os comportamentos de saúde observados comprovam o que vem a ser discutido na literatura, ou seja, os doentes com psoríase com mais consumos de álcool têm mais dificuldades ao nível da consciência emocional, com especial enfoque, nas dificuldades em identificar o que estão a sentir e em se concentrar, isto é, existe uma menor preocupação e atenção para com as emoções sentidas. Jankovic e colaboradores (2009), também observaram através de uma comparação com a população geral, que os doentes com psoríase apresentam um nível maior de consumo de álcool. Resultado consistente com outra investigação que relacionou o consumo de álcool com a gravidade da doença e onde se salientou que o consumo era mais frequentemente nos casos de formas graves de psoríase (Masmoudi et al., 2009).

No nosso estudo, foi também estudado a relação da regulação emocional com o consumo diário de café, na qual se salienta que uma maior toma, tem associada dificuldades na identificação das emoções e menor concentração, indo de acordo com o estudo de Picardi e colaboradores (2003), que descreve que os psoriáticos apresentam mais características alexitímicas quando comparados com sujeitos saudáveis. Nos comportamentos de saúde ressalta ainda, o facto de haver consumos elevados de cigarros, com um máximo de 40 por dia.

- vii) Nos doentes com mais severidade percebida da psoríase, os resultados demonstram também existir mais dificuldades de regulação emocional, sobretudo, ao nível de complicações na abstração da doença, e no controlo do comportamento. Segundo

Azambuja (1992), da mesma forma que se percebe o aumento da ansiedade e de sentimentos de contenção em função da doença, também se demonstra a associação entre sintomas psicológicos e o agravamento dos sintomas físicos.

Por outro lado, Russo e colaboradores (2004), também constataram que a doença tem um impacto emocional no indivíduo, não estando necessariamente relacionado com a extensão da lesão.

- viii) Nos doentes com psoríase com níveis maiores de incapacidade provocada pela doença, nas atividades diárias, no trabalho/escola, nas relações pessoais e principalmente nas atividades de lazer, ocorrem mais dificuldades de regulação emocional. Particularmente, na capacidade de flexibilidade em utilizar estratégias de regulação de forma eficaz e adaptada à situação. De acordo com Ginsburg (1993), muito dos doentes com psoríase passam por dificuldades psicológicas e sociais criadas pelo seu meio ambiente, sentindo-se humilhados quando expõem o seu corpo durante certas atividades como, natação, relações íntimas, chuveiros públicos ou condições que não providenciam privacidade suficiente, afetando todas as áreas da sua vida. Noutro estudo de Mingnorange e colaboradores (2001), a maior parte dos doentes relatou dificuldades de adaptação psicossocial, principalmente na área das atividades diárias.
- ix) Por último, evidencia-se a existência de uma relação bastante expressiva, entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia psicopatológica, ou seja, nos psoriáticos com mais sintomas psicopatológicos, existem mais dificuldades de regulação emocional, salientando-se nomeadamente, a ansiedade e a depressão. Desta forma, vários estudos têm demonstrado que as ligações entre a psoríase e a depressão vão de encontro à relação de reciprocidade entre elas. Estes doentes estão mais propensos a ser depressivos do que a maioria da população com a mesma idade (Devrimci-Ozguven et al., 2000; Esposito et al., 2006). Richards e colaboradores (2001) mediram a importância de aspetos psicológicos nesta população e verificaram que 43% dos pacientes tinha tendência para a ansiedade e 10% para a depressão. Também Aghaei e colaboradores (2009), constataram na sua investigação que muitos dos psoriáticos manifestavam queixas de ansiedade e depressão.

Capítulo VIII: Conclusão

Ao longo do presente estudo, procuramos entender a psoríase e a sua relação com as dificuldades de regulação emocional, sempre tendo em conta, que a pele expressa as emoções, mesmo quando não se está ciente delas, e ajuda a aprender e a conhecer mais sobre o ambiente que nos rodeia.

Salientamos, que com a colaboração da Associação Portuguesa de Psoríase e dos diversos investigadores da UnIPSa (Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde), foi possível obtermos um total de 228 doentes com psoríase, para participarem no estudo, e antes de chegarmos a este número apenas tivemos algumas desistências, muitas delas pela entrada em remissão da doença.

Os participantes estiveram sempre muito disponíveis e interessados, demonstrando constantemente um enorme intuito em ajudar, empenhando-se ao mesmo tempo que expressavam o que mais os preocupava em relação à doença. No entanto, existem alguns parâmetros que gostaríamos de ter colmatado, como a duração do preenchimento dos instrumentos, percebida por alguns doentes como extensa, mas, que apesar disto se tratavam de dados essenciais ao estudo, sem os quais não seria possível alcançar o objetivo desejado. Por outro lado, queríamos ter previsto que alguma da correspondência por correio se iria extraviar pelo percurso, o que nos levou a perder alguns possíveis dados importantes que nos permitiriam ter uma análise ainda mais completa da população.

Pelo conjunto de resultados obtido, salientamos que os psoriáticos são doentes que constantemente alteram as suas atividades diárias e que procuram sempre mais tratamentos e especialistas que os levem de encontro com a desejada melhoria, que lhes permita ter uma vida mais estável. Muitos são bastante ansiosos e deprimidos e têm algumas dificuldades de regulação emocional, que os impedem de superar certos obstáculos com que se deparam frequentemente, apresentando uma maior incapacidade provocada pela doença. Assim, o acompanhamento destes doentes, deve ter em conta, o aumento do controlo pessoal, a estimulação do desenvolvimento de estratégias de *coping*, a reorganização dos seus sentimentos em relação à doença e o encorajamento para a manifestação das suas emoções e para uma abertura ao apoio social.

Agora que chegamos ao fim deste estudo, justificam-se algumas considerações finais. Desde o início até ao último momento, o tema desta investigação anunciou-se como prometedora, visto que a pesquisa destes parâmetros, não é algo que já tivesse sido feita, existindo ainda poucos estudos desta população a nível nacional, embora a percentagem de prevalência da doença em Portugal seja significativa.

Apesar da natureza exploratória deste estudo, parece-nos que esta investigação ajuda a uma melhor perceção da psoríase e daquilo que a envolve. Assim, os resultados que obtivemos constituem-se importantes, para uma população sedenta de informação que lhes traga algumas respostas, assim como, para a divulgação ao público geral, de um assunto que diversas vezes passa despercebido e para o qual muitos não têm definição. Esperamos desta forma, fazer chegar uma nova perspectiva sobre esta doença, tantas vezes considerada como suja e contagiosa, permitindo que o estigma que recai sobre estes doentes seja amenizado, trazendo-lhes um novo olhar sobre o futuro.

Gostaríamos também de salientar, que se torna pertinente o desenvolvimento de novos estudos nesta área em Portugal, pela complexidade e sensibilidade do tema e de forma a dotar os psoriáticos de ferramentas que lhes permitam enfrentar a doença de outra forma. Consideramos então, que os resultados deste estudo permitem o apoio ao desenvolvimento de futuras intervenções, pelo que poderão ser importantes na promoção da saúde física e mental dos doentes com psoríase e no planeamento de medidas que visem a melhoria da regulação emocional nesta população.

Ressalto ainda a nível pessoal, a importância desta investigação, pelo facto de me ter elucidado para uma realidade alheia à minha, que me permitiu contactar com uma população com diversas lacunas ao nível das dificuldades que lhes são impostas, e que luta para conseguir ter o lugar que lhe pertence junto das doenças crónicas.

Concluimos desta forma, que as dificuldades de regulação emocional são um aspeto muito importante na psoríase, e por isso, existe a necessidade de envolver esta população em programas de sensibilização e intervenção, principalmente pelo elevado impacto físico, social e psicológico da doença.

Capítulo IX: Referências Bibliográficas

- Abelha, S. (2009). *Estudo comparativo das emoções primárias, alexitimia e dificuldades na regulação emocional na anorexia nervosa e na bulimia nervosa*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Aghaei, S., Moradi, A., & Ardekani, G. (2009). Impact of psoriasis on quality of life in Iran. *Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology*, 75 (2), 220.
- Allegranti, I., Gon, T., Magaton-Rizzi, G., & Aguglia, E. (1994). Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Dermato Venereologica Supplementum*, 186, 146–147.
- Azambuja, R. (1992). A conexão psiconeuroimunológica em dermatologia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 67, 3-6.
- Bahmer, A., Kuhl, J., & Bahmer, A. (2007). How do Personality Systems Interact in Patients with Psoriasis, Atopic Dermatitis and Urticaria? *Acta Dermato Venereologica*, 87, 317-324.
- Barankin, B., & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48, 712-716
- Bhosle, J., Kulkarni, A., Feldman, R., & Balkrishnan, R. (2006). Quality of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 35.
- Bowcock, A. (2005). The genetics of psoriasis and autoimmunity. *Annual Review of Genomics Human Genetics*, 6, 93-122.

- Brandrup, F., Holm, N., Grunnet, N., Henningsen, K., & Hansen, H. (1982). Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Dermato Venereologica*, 62, 229-236.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta.
- Bronsard, V., Paul, C., Puzenat, E., Gourraud, P., Aractingi, S., Aubin, F., Bagot, M., Cribier, B., Joly, P., Julien, D., Maitre, Le M., Richard-Lallemant, M., & Ortonne, J. (2010). What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 17-22.
- Campalani, E., & Barker, J. (2005). The clinical Genetics of Psoriasis. *Current Genomics*, 6 (1), 51-60.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos - B.S.I. Testes e Provas Psicológicas em Portugal, 2, 95-109 (Simões, M., Gonçalves, M., & Almeida, L. - Eds.). Braga: APPORT/SHO.
- Christophers, E. (2001). Psoriasis Epidemiology and clinical spectrum. *Clinical Experimental Dermatology*, 26, 314-320.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W., Skoner, D., Rabin, B., & Gwaltney, J. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in health adults. *Health Psychology*, 17, 214–223.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua Relação com sintomas Psicopatológicos. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 37 (4), 145-151.
- Creamer, P., & Hochberg, M. (1998). The relationship between psychosocial variables and pain reporting in osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care & Research*, 11, 60–65.

- Cruz, C., António, N., & Santos, A. (2008). *Estudo Sociológico sobre a Psoríase em Portugal – Relatório de Análise Estatística* (2ª ed.). Acedido em 15 de Novembro, 2011, de <http://www.psoportugal.com/media/1EstudoSociologico.pdf>.
- Devrimci-Ozguven, H., Kundakc, N., Kumbasar, H., & Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14 (4), 267-271.
- Donker, F. (2000). Cardiac rehabilitation: A review of current developments. *Clinical Psychology Review*, 20, 923–943.
- Eghlileb, A., Davies, E., & Finlay, A. (2007). Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal Dermatology*, 156, 1245-1250.
- Esposito, M., Saraceno, R., Giunta, A., Maccarone, M., & Chimenti, S. (2006). An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology*, 212 (2), 123-127.
- Esteves, M. (2010). *Desconforto Subjectivo e Regulação Emocional nos Estudantes de Medicina Dentária em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Farber, E., Nall, L., & Watson, W. (1974). Natural history of psoriasis in 61 twin pairs. *Archivum Immunology*, 109, 207-211.
- Feldman, S., Fleischer, A., Reboussin, D., Rapp, S., Exum, M., Clark, A., & Nurre, L. (1996). The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *Journal of Investigative Dermatology*, 106, 183–186.
- Fernandes, B. (2010). *Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase - Criação da Versão Portuguesa do Psoriasis Disability Index*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Finlay, A., Khan, G., Luscombe, D., & Salek, M. (1990). Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 123, 751-56.
- Finlay, A., & Coles, E. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132, 236-244.
- Finlay, A. (2005). Current severe psoriasis and the Rule of Tens. *British Journal of Dermatology*, 152, 861–867.
- Fleischer, B., Feldman, R., Rapp, R., Reboussin, M., Exum, L., Clark, R., & Rajashekhnar, V. (1996). Disease Severity Measures in Population Psoriasis Patients: The Symptoms of Psoriasis Area Severity Index Scores. *The Journal of Investigative Dermatology*, 107 (1), 26-29.
- Fortune, D., Richards, H., Main, C., & Griffiths, C. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. *British Journal of Dermatology*, 39, 196–201.
- Fredriksson, T., & Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis—oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, 157, 238-244.
- Freitas-Magalhães, A. (2009). *A psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano* (2^a ed). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fry, L. (2004). *An atlas of psoriasis*, 2nd Edition. United Kingdom: Taylor & Francis Group.
- Galadari, I., Sharif, M., & Galadari, H. (2005). Psoriasis: A fresh look. *Clinics in Dermatology*, 23, 491-502.
- Gillanders, S., Wild, M., Deighan, C., & Gillanders, D. (2008). Emotion Regulation, Affect, Psychosocial Functioning, and Well-being in Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 5 (4), 651-662.

- Ginsburg, I., & Link, B. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32 (8), 587-591.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathological Behaviour*, 36, 41-54.
- Greenberg, L. (2004). Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Griffiths, C., & Barker J. (2007). Psoriasis: Pathogenesis and clinical features of Psoriasis. *The Lancet*, 370 (9583), 263-272.
- Griffiths, C., & Richards, H. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26, 338-342.
- Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science in Medicine*, 28, 1239-1248.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Past, Present and Future. *Cognition and emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gupta, M. A. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 139, 846-850.

- Gupta M. A., Gupta A. K., Kirkby, S., Schork, N., Gorr, S., Ellis, C., Voorhees, J. (1989). A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. A study of 127 patients. *General Hospital Psychiatry*, 11 (3), 166-173.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Kirkby, S. (1988). Pruritus in psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates, *Archives Dermatology Journal*, 124, 1052-1057.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21, 54-9.
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., & Szepietowski, C. (2011). Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta Dermato Venereologica*, 91, 1-6.
- Icen, M., Crowson, C., Mcevoy M., Dann, F., Gabriel, E., & Kremers, H. (2009). Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60, 394-401.
- Jankovic, S., Raznatovic, M., Marinkovic, J., Maksimovic, N., Jankovic, J., & Djikanovic, B. (2009). Relevance of Psychosomatic Factors in Psoriasis: A Case-control Study. *Acta Dermato Venereologica*, 89, 364-368.
- Jullien, D. & Barker, J. (2006). Genetics of Psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20, 42-51.
- Kerr, E. (1992). Physical Illness and the Family Emotional System: Psoriasis as a Model. *Behavioral Medicine*, 18 (3), 101-103.
- Korte, J., Sprangers, M., Mombers, M., & Bos, D. (2004). Quality of life in Patients with Psoriasis: A Systematic Literature Review. *Journal of Investigating Dermatology Symposium Proceedings*, 9, 140-147.

- Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokic-Bégic, N., & Gregurek, R. (2010). A Multivariate Analysis of clinical Severity, Psychological Distress and Psychopathological Traits in Psoriatic Patients. *Acta Dermato Venereologica*, 90, 251-256.
- Krueger, G., Koo, J., & Lebwohl, M. (2001). The Impact of psoriasis on Quality of Life. *Archives Dermatology Journal*, 137, 280-284.
- Langley, R., Krueger, G., & Griffiths, C. (2005). Psoriasis: Epidemiology, Clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, 18-24.
- Lee, W., Park, J., Kwon, H., Kwan H., & Kwan, J. (2010). Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-Related Quality of Life. *Annals of Dermatology*, 22 (4), 389-396.
- Leibovici, V., Canetti, L., Cooper-Kazaz, R., Bonne, O., Ingber, A., & Bachar, E. (2010). Well being, psychopathology and strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 897-903.
- Lipowiski, Z. (1984). What does the word ‘psychosomatic’ really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46 (2), 153-171.
- Louden, B., Pearce, D., Lang, W., & Feldman, S. (2004). A Simplified Psoriasis Area Severity Index (SPASI) for rating psoriasis severity in clinic patients. *Dermatology Online Journal*, 10 (2), 7. Acedido em 20 de Novembro, 2011, de <http://dermatology.cdlib.org/102/original/pasi/feldman.html>.
- Madhulika, A. & Gupta, M. (2006). Psychodermatology. *Psychiatric Times*, 23, 78-89.
- Martin, B., Chalmers, R., & Telfer, N. (1996). How great is the risk of further psoriasis following a single episode of a guttate psoriasis. *Archives of Dermatology Journal*, 132, 717-718.

- 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 (5), 521-535.
- Masmoudi, J., Maalej, I., Masmoudi, A., Rached, H., Rebai, A., Turki, H., & Jaoua, A. (2009). Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale*, 35 (1), 10-7.
- Mazzetti, M., Mozzetta, A., Soavi, G., Andreoli, E., Foglio, P., Puddu, P., & Decaminada, F. (1994). Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Dermato Venerreologica Supplementum*, 186, 62-4.
- Middendorp, H., Geenen, R., Sorbi, M., Doornen, V., & Bijlsma, J. (2005). Emotion regulation predicts change of perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, 1071-1074.
- Mingnora, R., Loureiro, S., Okino, L., & Foss, N. (2001). Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 34, 315-324.
- Montagu, A. (1986). *Touching: The Human Significance of the Skin*. New York: Harper & Row.
- Moriconi, M. (2008). Trauma e alteridade na Psoríase: um “manto” para o mal-estar. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Mota-Cardoso, R. (2001). Auto-regulação dos sistemas naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 39-96.
- Mota, S., Gon, C., & Gon, S. (2009). Análise comportamental de Problemas de Interação Social de Indivíduos com Psoríase. *Interação em Psicologia*, 13 (1), 155-164.

- Mrowietz, U. & Reich, K. (2009). Psoriasis: New Insights Into Pathogenesis and Treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, 106 (1–2), 11–9.
- Nemiah, J. (1996). Alexithymia – present, past and future? *Psychosomatic Medicine*, 58, 217-218.
- Patrús, A., & Santos, B. (1993). Fatores Psicogênicos em psoríase, estudo caso-controle seccional cruzado de 41 psicoriáticos e 88 controles. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 63, 333-339.
- Paul, C., Gourraud, P., Bronsard, V., Prey, S., Puzenat, E., Aractingi, S., Aubin, F., Bagot, M., Cribier, B., Joly, P., Jullien, D., Maitre, M., Richard-Lallemand, M., & Ortonne, J. (2010). Evidence-based recommendations to assess psoriasis severity: systematic literature review and expert opinion of a panel of dermatologists. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 2-9.
- Pearce, D., Singh, S., Balkrishnan, R., Kulkarni, A., Fleischer, A., & Feldman, S. (2006). The negative impact of psoriasis on the workplace. *Journal of Dermatology Treatment*, 17-24-28.
- Pereira, G., Brito, L., & Smith, T. (2011). Dyadic adjustment, Family coping, Body Image, Quality of Life and Psychological Morbidity in Patients with Psoriasis and their Partners. *International Journal of Behavioral Medicine*.
- Peters, B., Weissman, F., & Gill, M. (2000). Pathophysiology and treatment of psoriasis. *Clinical Reviews*, 57, 645-662.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M., Baliva, G., Melchi, C., Biondi, M. & Pasquini, P. (2005). Stress, Social Support, emotional Regulation, and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis. *Psychosomatics*, 46 (6), 556-564.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C., Tiago, A., Camaioni, D., Abeni, D., & Biondi, M. (2003). Only limited support for a role of

psychosomatic factors in psoriasis Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 189-196.

Ramsay, B., & O'Reagan, M. (1988). A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 118, 195-201.

Reich, K., Nestle, F., Wu, Y., Bala, M., Eisenberg, D., Guzzo, C., Li, S., Dooley, T., Griffiths, C. (2007). Infliximab treatment improves productivity among patients with moderate-to-severe psoriasis. *European Journal of Dermatology*, 17 (5), 381-386.

Richards, H., Fortune, D., Corrin, A., Taylor, R., Main, C., Griffiths, C. (1999). Cognitive vulnerability to stress through information processing biases in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 141, 997-998.

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

Rigopoulos, D., Gregoriou, S., & Katrinaki, A., Gregoriou, S., Katrinaki, A., Korfitis, C., Larios, G., Stamou, C., Mourellou, O., Petridis, A., Rallis, E., Sotiriadis, D., Katsambas, A., Antoniou, C. (2010). Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate. *European Journal of Dermatology*, 20 (2), 189-195.

Russo, P., Ilchef, R., & Cooper, A. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian Journal of Dermatology*, 45 (3), 155-159.

Sarafino, E., Paterson, M., & Murphy, E. (1998). Age and the impacts of triggers in childhood asthma. *Journal of Asthma*, 35, 213–217.

Schmid-Ott, G., Kunsebeck, H., Jager, B., Sittig, U., Hofste, N., Ott, R., Malewski, P., & Lamprecht, F. (2005). Significance of the stigmatization experience of psoriasis

- patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women, *Acta Dermatologic Venereology*, 85, 27-32.
- Shenefelt, D. (2010). Psychological interventions in the management of common skin conditions. *Psychology Research and Behavior Management*, 3, 51-63.
- Silva, A. & Branco Vasco, A. (2010). Alexitimia: *Que processos emocionais? Que intervenção terapêutica?* *Actas do Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, VII, 675-682.
- Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M., & Almeida, L. (2007). Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Vol. III. Coimbra: Quarteto.
- Tagami, H. (1997). Triggering factors. *Clinical and Experimental Dermatology*, 15, 677-685.
- Valdimarsson, H. (2007). The genetic basis of psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 25, 563-567.
- Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 147, 736-742.
- Vaz, F., Branco Vasco, A., Greenberg, L., & Vaz, J. (2010). *Avaliação dos processos emocionais dos pacientes em psicoterapia*. *Actas do Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, VII, 697-708.
- Vernon, P., Bratko, D., Petrides, K., & Schermer, J. (2008). A Behavioral Genetic Study of Trait Emotional Intelligence. *American Psychological Association*, 8 (5), 635-642.
- Wirtz, H., Kanel, R., Mohiyeddini, C., Emini, L., Ruedisueli, K., Groessbauer, S., & Ehlert, U. (2006). Low Social Support and Poor Emotional Regulation are Associated with Increased Stress Hormone Reactivity to Mental Stress in Systemic Hypertension. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91, 3857-3865.

Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork, C., & Sigurgeirsson, B. (2004). Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 18 (1), 27-36.

Capítulo X - Anexos

Apêndice 1

Primeira Autora de um Artigo Submetido para a
Revista “JEADV - Journal of the European
Academy of Dermatology and Venereology”

Difficulties on Emotional Regulation in Portuguese Psoriasis Patients

Difficulties of Emotional Regulation in Psoriasis Patients

Abstract – 318 Words

Body Text – 2733 Words

Tables – 2

S Martins, Â Pereira, C Ribeiro, A Teixeira, V Almeida

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

Corresponding Author Name:

Vera Margarida Seabra de Almeida

Address:

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

Departamento de Psicologia

Rua Central de Gandra 1317

4585-116 Gandra PRD, Portugal

Telephone and Fax Number:

T: +351 224 157 176

F: +351 224 157 102

Email:

vera.marg@gmail.com

Funding:

This research was supported by a grant from the Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (CESPU) (project 04-GCQF-CICS-2011N).

Abstract

Background: Due to the nature of psoriasis, that involves a change of body image as a result of the lesions, patients with psoriasis suffer from a poor self-image and feel stigmatized, particularly when psoriasis is present on a visible part of the body. Consequently, the psychological impact is particularly significant at the level of emotional disturbance in these patients. The study of the difficulties of emotional regulation can help the development of strategies to improve patient's quality of life.

Objective: Evaluate the difficulties of emotional regulation in Portuguese patients with psoriasis and analyze the variables that are associated with this regulation.

Methods: 228 psoriasis patients were evaluated (114 males, 111 females), aged between 17 and 82 years (mean = 46.65 years \pm 14.69). The sample was collected randomly from North to South of Portugal. All participants completed a set of instruments: Sociodemographic and Clinical questionnaire, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI), Psoriasis Disability Index (PDI) and Brief Symptoms Inventory (BSI).

Results: The results indicated that patients with most recent diagnosis of the disease have more difficulties in act in accordance with the objectives. Those who have a greater satisfaction with psoriasis treatment have fewer difficulties on emotional regulation. Additionally a higher level of difficulties in emotional regulation was found in patients who were followed by a psychologist or psychiatrist. The patients that present more difficulties in emotional regulation, miss work/school more often, have greater perceived severity of psoriasis and disability caused by disease. The participants with more psychopathological symptoms such as anxiety and depression have more difficulties in emotional regulation also.

Conclusions: Results highlight the relationship between emotion regulation difficulties and disease features, health behaviours and psychological variables. Given the high physical, social and psychological impact of the disease, management of psoriasis must be in consideration in psychosocial approaches to improve quality of life in these patients.

Keywords: Psoriasis; Emotional Regulation; Anxiety; Depression.

Abbreviations: BSI, Brief Symptoms Inventory; DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale; PDI, Psoriasis Disability Index; SAPASI, Self-administered Psoriasis Area and Severity Index.

Introduction

Psoriasis is a chronic skin disease with high polymorphism that affects 1-3% of the population.¹ This disorder arises due to an uncontrolled proliferation of skin cells that form the surface layer, which accumulates originating the characteristic lesions.² The severity of the disease varies depending on the characteristics of the lesions, the location and extension, and is also related to how the patient handles with the disease and the impact on quality of life.³ The skin makes the connection between the subject and the environment,⁴ so that skin diseases especially those involving changes in body image have a social impact particularly on work and family and even emotionally and psychologically.

It has been recognized that psoriasis results from a complex set of interactions between genetic, immunological and environmental factors, such as trauma, tobacco, drugs and weather, being significantly associated with stress their appearance and/or exacerbation,⁵⁻⁷ confirming its psychosomatic nature.⁸ Moreover, stigma experienced by patients,^{9,10} their degree of disability¹¹ and impact on quality of life,^{12,13} leads to the development of comorbidities such as depression and anxiety,¹⁴⁻¹⁶ social isolation,¹⁷ absenteeism at work,¹⁸ and has a negative family impact^{19,20} being associated with emotional distress that may even lead to suicide.²¹

It is therefore important to study the emotional regulation in these patients, to identify the difficulties of emotional regulation that cause impact on the lives of patients. The emotional regulation refers to processes by which individuals influence their emotions, when they have it, and how they manifest and experience it.²² It can thus be conceptualized as involving awareness, understanding and acceptance of emotions, ability to control impulsive behaviour, and behave according to the objectives sought when experiencing negative emotions, and the ability to use emotional regulation strategies appropriate to various situations. The absence of any of these skills in an individual may indicate difficulties in emotional regulation.²³

Some studies have shown that patients with psoriasis tend to feel helpless, ashamed or angry and frustrated about their disease,²⁴ mainly because they feel that others view their disease as contagious, touch-sense rejection.²⁵ Experience skin stigma associated with the disease²⁶ although this is not contagious.²⁷ According to a study of the Portuguese Association of Psoriasis,²⁸ 69,8% of Portuguese patients think that the disease affects self-esteem negatively, leading to difficulties upon interaction with other people. Korte et al²⁹ also reported an overall commitment of the mental health of patients with psoriasis and a wide range of emotional reactions and negative effects of psoriasis on the body and self image. In the investigation of Allegranti et al.³⁰ was evaluated the prevalence of alexithymia characteristics on a sample of

patients with psoriasis, the results showed that these patients have a higher prevalence of alexithymia than the control group, healthy subjects, specifically react negatively about their emotions in order to protect themselves socially.

Patients with psoriasis also present difficulties in terms of emotional control (extroversion), with feelings of isolation and inflexibility, which probably reflects in adaptive difficulties.³¹ In a study by Bahmer et al.³² were found in these patients, significantly higher degrees of disability that predict the link between illness and depression, as they become powerless when faced with a situation where they can not avoid a negative result, that feeling of not being able to manage the situation, action-oriented leads to the manifestation of disability, with values of calm and sadness below average.

The objective of this study was to evaluate the difficulties of emotional regulation in Portuguese patients with psoriasis and analyze the variables that are associated with this regulation.

Methods

Participants

The sample was constituted by 228 patients with psoriasis, their collection was done randomly, so the participants were obtained at various locations from north to south of Portugal. Inclusion criteria were that participants have, between 17 and 85 years, the presence of a diagnosis of psoriasis, and a basic level of education, for a reading and understanding of all items. The application of instruments to the participants was between April and October 2011, in a self-administered way through the Internet with an online questionnaire and/or by the protocol on paper. The objectives and details of the study and voluntary and confidential participation in research were explained. The respective informed consent was obtained before completing the survey.

The sociodemographic characteristics of participants are described in Table 1.

Instruments

1 A sociodemographic and clinical questionnaire was constructed in order to access sample patient's information.

2 Was used the Portuguese version³³ of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The DERS is an instrument that allows studying the difficulties of emotional regulation in a fully covering and comprehensive way, as 36 items, whose response implies that the participants evaluate the frequency of feelings on a scale from 1 (almost never) to 5 (almost

always). The scale items were developed and selected having regarded to assess the typical levels of deregulation in six factors (strategies, non-acceptance, awareness, impulses, objectives and clarity). The final result of DERS reflects the flexibility of the individual on use emotional regulation strategies, effective and appropriate to the situation.²³ In our study the internal consistency of the scale was $\alpha = 0.61$.

3 We used the Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI) which is an instrument that allows an assessment by the patient, of the severity of psoriasis through the perception of three characteristics of the lesions: colour, thickness and scaling, on a visual analogical scale. The perceived severity of the disease is not just evaluated by the characteristics of the psoriatic lesions, but also by the location of the lesions (head, upper limbs, trunk and lower limbs) and extension, the patient indicates the location of the lesions, by shading on a picture the areas affected.³⁴ We tested how far the three dimensions of perception of disease severity (colour, thickness and scaling) were consistent with each other and find a value of internal consistency $\alpha = 0.80$.

4 In order to quantify the impact of psoriasis on patients' lives, was used the Portuguese version³⁵ of Psoriasis Disability Index (PDI). It consists of 15 items and is divided into five subscales (daily activities, work / school or alternative questions, personal relationships, leisure and treatment). The score for each question is given in a series of four answers, between nothing (= 0) and a lot (= 3). The final result shows that the higher is the value obtained the greater is the incapacity of the individual.³⁶ In our study the internal consistency of the scale was $\alpha = 0.83$.

5 To evaluate the psychopathological symptoms of the sample, was used the Portuguese version³⁷ of the Brief Symptoms Inventory (BSI), that evaluates nine symptoms dimensions (somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism) and beyond these values further distinguishes three global indices (overall symptoms index, positive symptoms index and total positive symptoms index). It is an instrument consisting of 53 items, with answers on a Lickert scale of 5 points from 0 (never) to 4 (very often), and the score provides information about symptoms that bothered the subject. In our study the internal consistency of the various subscales of the BSI showed Cronbach's alpha situated between 0.80 and 0.91.

Statistical analyses

After the collection, the data were organized and coded to be carried out the statistical analysis. Then the data were treated statistically by the Statistical Package for Social Sciences - SPSS version 19.0. When we intended to analyze the association between two variables we used Pearson's r test.

Results

Demographic and clinical characteristics of psoriasis patients sample

Over half of the sample had a history of psoriasis in the family (56.9%) and a diagnosis of psoriasis on average for about 21 years ($M = 20.98$, $SD = 13.81$), with 78.1% that resorted to two or less dermatologists and 50.44% to other medical specialties. The patient perception of disease severity was distributed with more impact on the low severe factor (40.8%) and on the severe (44.7%), and the discomfort caused by the disease, had a higher percentage on the uncomfortable factor (45.1%) and on the very uncomfortable (41.6%). Other diseases associated with psoriasis were present in 48.2% of the participants, focusing on the osteo-articular diseases (40%) and rheumatism (30%). The participants were between least satisfied and satisfied with the current treatment ($M = 2.66$, $SD = 0.87$), spending on average € 54.90 and a maximum of € 300.00 ($SD = 53.42$). Almost half of the sample made more than five treatments (45.1%), 23.9% from 0-2, and 31% 3-5. In 41.3% of the sample was diagnosed anxiety or depression at some point in their lives, while 25.9% received psychological support, most for more than 6 months (21.5%), and 27.1% was taking anxiolytics or antidepressives. Patients missed work/school, an average of 1.56 days, with a maximum of 60, and their daily activities have changed, an average of 3.44 days, with a maximum of 180. Patients with psoriasis had an average daily consumption of cigarettes $M = 3.52$ ($SD = 7.31$), with a maximum of 40, and practiced an average of 2.08 hours ($SD = 2.65$) per week of exercise and sleep on average $M = 7.08$ hours ($SD = 1.22$) per day.

Correlations with difficulties of emotional regulation

The results of the present study demonstrated that there isn't any correlation with the total scale or subscales of the DERS and the age of the participants. On the other hand, there is a positive correlation between the subscale objectives, and the years of diagnosis of the disease. Regarding the discomfort generated by the disease, there are positive correlations with total scale and all subscales with the exception of the dimensions awareness and clarity. On the contrary, negative correlations were found between the degree of satisfaction with the

treatment and the variables strategies, non-acceptance, impulses, objectives, and even the total scale of DERS, reflecting that psoriasis patients who are more satisfied with treatment, present less difficulties in regulating their emotions. Otherwise, patients with psoriasis, who were receiving psychological support, have more limited access to emotional regulation strategies and acceptance of emotional responses, as well as fewer objectives. Furthermore, psoriasis patients who have more difficulties in emotional regulation, miss more often to work/school, however, wasn't found any correlation with the amount of days that patients had changed their daily activities.

The SAPASI results demonstrated that none of the various parts of the body (scalp, face, hands, feet and genitals) are correlated with the total scale and subscales of emotional regulation. Though, positive correlations were found between SAPASI total scale and the same of DERS, as well as with the subscales non-acceptance, objectives and impulses, being the last one the most significant.

Considering the PDI, emphasizes the fact that the disability caused by psoriasis play an important role in the emotional regulation, being the areas most affected the daily activities, work/school, personal relationships and on a higher level the leisure activities, with the exception of the subscale treatment. That is, the psoriasis patients with more difficulties in regulating their emotions also present a higher disability caused by the disease. Note also that the subscale leisure activities positively correlates in an expressive way with all subscales of the emotional regulation, in other words, patients with more regulation difficulties have a higher incapacity caused by the disease in their leisure activities.

The results obtained on the BSI showed in general, the existence of a significant relationship between the difficulties of emotional regulation and the psychopathological symptoms, whereas psoriasis patients with more difficulties of emotional regulation, present more psychopathological symptoms. Stand out the values associated with depression and anxiety, which have a strong positive correlation relatively to the total scale and all DERS subscales with the exception of clarity, that it is only moderate.

The results of the items reviewed here can be visualized in Table 2.

Discussion

Our results demonstrate that patients with psoriasis with a later diagnosis of the disease exhibit greater difficulties in the emotional regulation, particularly, to act in accordance with the objectives and to abstract from their thoughts about the disease. Similarly those who perceive the disease as more disturbing, are more likely to be upset with it and to experience

feelings of guilt about the way they think, as well as difficulties of organization and stimulus for action. Moreover, the patients more satisfied with the treatment were those who had less difficulty regulating their emotions, so this seems to be a key factor in that we have individuals who can deal more positively with their disease. Regarding the psychological support, the findings, lead us to the fact that patients with a higher level of difficulties in the emotional regulation are those that are followed by a psychologist or psychiatrist or vice versa. The values obtained showed particularly difficulties in establishing strategies of emotional regulation and acceptance of emotional responses, as well as difficulties in concentration for action.

On a de Finlay & Coles study,³⁸ 18% of patients aged from 18 to 34 years and 17% between 35 and 54 years, said that psoriasis interfered negatively in their professional lives. The results of this study are in with this finding, concerning that patients with psoriasis who had more difficulties in emotional regulation more often miss work/school, having a major impact on their lives.

In the health behaviors of participants, it was found that in patients with more consumption of alcohol there were more difficulty with emotional awareness, with special focus in the difficulties in identifying what they are feeling and to concentrate, this is, there is a lower concern and attention to the emotions. Jancovic et al.⁵ also observed through a comparison with the general population, that patients with psoriasis have a higher level of alcohol consumption. An outcome consistent with another investigation that linked the use of alcohol and the severity of the disease in which it was noted that consumption was more frequent in cases of severe forms of psoriasis.³⁹ In our study has also been demonstrated that a higher daily consumption of coffee by the patients has associated difficulties in identifying emotions and lower concentration, going according to studies that support that psoriasis patients have more characteristics of alexithymia when compared with healthy subjects.⁴⁰

Patients with a higher perceived degree of psoriasis severity have also demonstrated greater difficulties in emotional regulation. Some scientific investigations defend that in the same way that can be noticed the increased anxiety and feelings of contention due to the disease, is also demonstrated the association between psychological symptoms and aggravation of physical symptoms.⁴¹ On the other hand, some studies maintain that the disease has an emotional impact on the individual, but isn't necessarily related to the extent of the lesions.¹⁶

In psoriasis patients with higher levels of disability caused by the disease, in daily activities, work/school, personal relationships and especially in leisure activities, there are more difficulties in emotional regulation, especially, on the capacity of flexibility to use regulation

strategies effectively and adapted to the situation. Patients with psoriasis pass through psychological and social difficulties created by their environment, feeling humiliated when expose their body during certain activities such as swimming, intimate relations, public showers or conditions that do not provide sufficient privacy, affecting all areas of their lives,⁴² as well as psychosocial adjustment difficulties, particularly in the area of daily activities.³¹

In the present study we observed the existence of a very expressive relation, between emotional regulation difficulties and psychopathological symptoms, in other words, in patients with more psychopathological symptoms, there are more difficulties in emotional regulation, highlighted particularly, the anxiety and depression. Several investigations have shown that the links between psoriasis and depression go against the reciprocal relationship between them. These patients are more likely to be depressed than most of the population of the same age.^{43,44} Richards et al.¹⁴ measured the importance of psychological aspects in this population and found that 43% of patients had a tendency to anxiety and 10% for depression, data supported by other international research where were demonstrated psoriasis patients complaints of anxiety and depression.⁴⁵

We conclude therefore, that becomes relevant the development of new studies in this area, by the complexity and sensitivity of the issue, in order to clarify the patients and the general public about the emotional regulation in patients with psoriasis, especially for the physical, social and psychological high impact of the disease.

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 CESPU for financial support in this study.

The authors declare no conflict of interest.

References

- 1 Icen, M., Crowson, C. S., Mcevoy M. T., Dann, F., Gabriel, E. S., & Kremers, H. (2009). Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60, 394-401.
- 2 Galadari, I., Sharif, M., & Galadari, H. (2005). Psoriasis: A fresh look. *Clinics in Dermatology*, 23, 491-502.
- 3 Fynlay, A.Y. (2005). Current severe psoriasis and the Rule of Tens. *British Journal Dermatology*, 152, 861–867.
- 4 Madhulika, A. & Gupta, M. (2006). Psychodermatology. *Psychiatric Times*, 23, 78-89.
- 5 Jancovic S, Raznatovic M, Marinkovic J, et al. Relevance of Psychossomatic Factors in Psoriasis: A Case-control Study. *Acta Derm Venereol* 2009; **89** (4): 364-368.
- 6 Mazzetti, M., Mozzetta, A., Soavi, G. C., Andreoli, E., Foglio, P. G. B., Puddu, P., & Decaminada, F. (1994). Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Dermato Venerreologica Supplementum* - Stockholm, 186, 62-4.
- 7 Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork, C., & Sigurgeirsson, B. (2004). Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 18 (1), 27 36.
- 8 Griffiths, C. E. M., & Richards, H. L. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clinical Experimental Dermatology*, 26, 338-342.
- 9 Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21, 54-9.
- 10 Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., & Szepietowski, C. (2011). Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta Dermato Venereologica*, 91, 1-6.

- 11 Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Kirkby, S. (1988). Pruritus in psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates, *Archives Dermatology Journal*, 124, 1052-1057.
- 12 Bhosle, J. M., Kulkarni, A., Feldman, R. S., & Balkrishnan, R. (2006). Quality of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4,35.
- 13 Fernandes, B.(2010). Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase- Criação da Versão Portuguesa do Psoriasis Disability Index. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- 14 Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001; **50**: 11-15.
- 15 Leibovici, V., Canetti, L., Cooper-Kazaz, R., Bonne, O., Ingber, A., & Bachar, E. (2010). Well being, psychopathology and strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 897-903.
- 16 Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol* 2004; **45** (3): 155-159.
- 17 Mota, S.M.C., Gon, C.C.M., & Gon, S.A. (2009). Análise comportamental de Problemas de Interação Social de Individuos com Psoríase. *Interação em Psicologia*, 13 (1), 155-164.
- 18 Reich, K., Nestle, F. O., Wu, Y., Bala, M., Eisenberg, D., Guzzo, C., Li, S., Dooley, T. L., Griffiths, C. E. M. (2007). Infliximab treatment improves productivity among patients with moderate-to-severe psoriasis. *European Journal Dermatology*, 17 (5), 381-386.
- 19 Eghlileb, A. M., Davies, E. E., & Finlay, A. Y. (2007). Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal Dermatology*, 156, 1245-1250.

- 20 Kerr, E.M. (1992). Physical Illness and the Family Emotional System: Psoriasis as a Model. *Behavioral Medicine*, 18 (3), 101-103.
- 21 Gupta, M. A. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 139, 846-850.
- 22 Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- 23 Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav* 2004; **36**: 41-54.
- 24 Barankin, B., & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48, 712-716
- 25 Ramsay, B., & O'Reagan, Myran. (1988). A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 118, 195-201
- 26 Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 147, 736-742
- 27 Fry, L. (2004). *An atlas of psoriasis*, 2nd Edition. United Kingdom: Taylor & Francis Group.
- 28 Cruz, C., António, N. C., Santos, A. (2008). *Estudo Sociológico sobre a Psoríase em Portugal – Relatório de Análise Estatística* (2ª ed.). Acedido em 15 de Novembro, 2011, de <http://www.psoportugal.com/media/1EstudoSociologico.pdf>.
- 29 Korte, J., Sprangers, M., Mommers, M.C.F., & Bos, D.J. (2004). Quality of life in Patients with Psoriasis: A Systematic Literature Review. *Journal of Investigating dermatology Symposium Proceedings*, 9, 140-147.

- 30 Allegranti, I., Gon, T., Magaton-Rizzi, G., & Aguglia, E. (1994). Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Dermato Venereologica Supplementum* - Stockholm, 186, 146–147.
- 31 Mingnora RC, Loureiro SR, Okino L, Foss NT. Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. *Medicina* 2001; **34**: 315-324.
- 32 Bahmer, A. J., Kuhl, J., & Bahmer, A. (2007). How do Personality Systems Interact in Patients with Psoriasis, Atopic Dermatitis and Urticaria? *Acta Dermato Venereologica*, 87, 317-324.
- 33 Coutinho J, Ribeiro E, Ferreirinha R, Dias P. The Portuguese version of the difficulties in emotion regulation scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Rev Psiquiatr Clín* 2009; **37** (4): 145-151.
- 34 Feldman SR, Fleischer AB, Reboussin DM, et al. The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *J Invest Dermatol* 1996; **106**: 183–186.
- 35 Fernandes B. Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase - Criação da Versão Portuguesa do Psoriasis Disability Index. Master Dissertation. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra; 2010.
- 36 Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, et al. Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *Br J Dermatol* 1990; **123**: 751-56.
- 37 Simões MR, Machado C, Gonçalves MM, Almeida L. Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Vol. III. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 38 Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995; **132** (2): 236-244.
- 39 Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A, et al. Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale* 2009; **35**: 10-7.

- 40 Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, et al. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis Results from a case-control study. *J Psychosom Res* 2003; **55** (3): 189-196.
- 41 Azambuja RD. A conexão psiconeuroimunológica em dermatologia. *An Bras Dermatol* 1992; **67**: 3-6.
- 42 Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993, **32** (8): 587-591.
- 43 Devrimci-Ozguven H, Kundakc N, 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.
- 44 Esposito M, Saraceno R, Giunta A, et al. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006; **212** (2): 123-127
- 45 Aghaei S, Moradi A, Ardekani GS. Impact of psoriasis on quality of life in Iran. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; **75** (2): 220.

Tables

Table 1 Demographic and clinical characteristics of psoriasis patients sample.

Age		Total Sample	
		M = 46.65 (SD = 14.69)	
		N	%
Gender	Male	114	50.7
	Female	111	49.3
Marital Status	Single	67	29.5
	Married	122	53.7
	Common-law	12	5.3
	Divorced	10	4.4
	Separated	3	1.3
	Widowed	13	5.7
Race	Caucasian	183	98.9
	Black	1	0.5
	Asian	1	0.5
Education	1 to 4 years	26	11.5
	5 to 6 years	12	5.3
	7 to 9 years	29	12.8
	High school	50	22.1
	Undergraduate	38	16.8
	Graduated	71	31.4
Professional Situation	Employed	143	65.6
	Sick leave	4	1.8
	Unemployed	28	12.8
	Retired by disability	7	3.2
	Retired by age	36	16.5

M: mean.

SD: standard deviation.

Table 2 Results of the correlations with difficulties of emotional regulation.

	DERS Total	Strategies	Non- Acceptance	Awareness	Impulses	Objectives	Clarity
Disease diagnosis/years	ns	ns	ns	ns	ns	0.15*	ns
Disease discomfort	0.18**	0.21**	0.16*	ns	0.24**	0.14*	ns
Treatment satisfaction	-0.23**	-0.24**	-0.21**	ns	-0.23**	-0.21**	ns
Psychological/psychiatric support	ns	-0.16*	-0.14*	ns	ns	-0.17*	ns
Work/School absence/days	0.17*	0.19**	0.18*	ns	0.16*	0.15*	ns
SAPASI	ns	ns	0.16*	ns	0.20**	0.14*	ns
PDI Total	0.36**	0.37**	0.30**	ns	0.41**	0.28**	0.20**
Daily Activities	0.26**	0.24**	0.20**	ns	0.31**	0.19**	0.18**
Work/School	0.27**	0.31**	0.24**	ns	0.29**	0.22**	0.16**
Personal Relationships	0.24**	0.29**	0.22**	ns	0.25**	0.17**	0.12**
Leisure Activities	0.39**	0.39**	0.32**	ns	0.43**	0.32**	0.21**
Treatment	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
BSI							
Somatization	0.45**	0.48**	0.42**	ns	0.41**	0.41**	0.24**
Obsessive- Compulsive	0.55**	0.57**	0.42**	ns	0.46**	0.61**	0.30**
Interpersonal Sensitivity	0.54**	0.57**	0.46**	ns	0.44**	0.54**	0.29**
Depression	0.57**	0.62**	0.50**	ns	0.50**	0.57**	0.27**
Anxiety	0.55**	0.58**	0.48**	ns	0.49**	0.55**	0.28**
Hostility	0.53**	0.56**	0.45**	ns	0.53**	0.47**	0.26**
Phobic Anxiety	0.52**	0.51**	0.43**	ns	0.48**	0.46**	0.34**
Paranoid Ideation	0.47**	0.48**	0.41**	ns	0.43**	0.43**	0.27**
Psychoticism	0.54**	0.56**	0.47**	ns	0.45**	0.50**	0.35**

*, $p < .05$; **, $p < .01$

ns: not significant.

N/A: not applicable.

Apêndice 2

Primeira Autora de um Resumo Aprovado para
a modalidade de Poster Eletrónico no “9th
European Academy of Dermatology and
Venereology - Spring Symposium”

Difficulties on Emotional Regulation in Portuguese Psoriasis Patients

Martins S.^{1,3}, Pereira Â.^{1,3}, Ribeiro C.^{1,3}, Teixeira A.^{2,3}, Almeida V.^{1,3}

¹Department of Psychology, Advanced Institute of Health Sciences – North (CESPU), Gandra, Portugal

²Department of Pharmaceutical Sciences, Advanced Institute of Health Sciences – North (CESPU), Gandra, Portugal

³The Health Sciences Research Center (CICS), Gandra, Portugal

Introduction & Objectives: Due to the nature of psoriasis, that involves a change of body image as a result of the lesions, patients with psoriasis suffer from a poor self-image and feel stigmatized, particularly when psoriasis is present on a visible part of the body. Consequently, the psychological impact is particularly significant at the level of emotional disturbance in these patients. The study of the difficulties of emotional regulation in these patients can help the development of strategies to improve patient's quality of life. The objective of the study was to evaluate the difficulties of emotional regulation in Portuguese patients with psoriasis and analyze the variables that are associated with this regulation.

Material & Methods: 228 psoriasis patients were evaluated (114 males, 111 females), aged between 17 and 82 years (mean = 46.65 years ± 14.69). The sample was collected randomly from North to South of Portugal. All participants completed a set of instruments: Sociodemographic and Clinical questionnaire, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Self-administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI), Psoriasis Disability Index (PDI) and Brief Symptoms Inventory (BSI).

Results: The results indicated that patients with most recent diagnosis of the disease have more difficulties in act in accordance with the objectives. Those who have a greater satisfaction with psoriasis treatment have fewer difficulties on emotional regulation. Additionally a higher level of difficulties in emotional regulation was found in patients who were followed by a psychologist or psychiatrist. The patients that present more difficulties in emotional regulation, miss work/school more often, have more alcohol and coffee consumption, greater perceived severity of psoriasis

and disability caused by disease. The participants with more psychopathological symptoms such as anxiety and depression have more difficulties in emotional regulation also.

Conclusions: The results highlight a relationship between emotion regulation difficulties and disease features, health behaviours and psychological variables. Given the high physical, social and psychological impact of the disease, management of psoriasis must be in consideration in psychosocial approaches to improve quality of life in these patients.

Keywords: Psoriasis; Emotional Regulation; Anxiety; Depression.

Apêndice 3

Primeira Autora de uma Apresentação Oral no
Workshop “Investigações no Luto”

Difficulties of emotional regulation in psoriasis patients



Sofia Martins

Workshop Investigações no Luto,
Gandra, 19 Dezembro 2011

Introduction

- Psoriasis is a skin disease that affects 2-3% of the Portuguese population.
- Patients with psoriasis have irritated or recurrent lesions, which are located mainly on the elbows, knees, feet, hands, lower back and scalp, there is still a chance to spread throughout the body.
- Psoriasis types (plaque, guttate, erythrodermic, pustular, palmoplantar, nail, inverse and psoriatic arthritis).

Introduction

- The impact of the disease is measured not only by physical involvement, but also by the consequences it has on quality of life of patients, the impact on work, family, social life, emotionally and psychologically.
- Psoriasis has also been suggested as a psychosomatic disorder, in the sense that stress and psychological distress is often defended by patients as a causal factor in the expression or maintenance of the disease.

Objectives

- To measure the difficulties of emotional regulation in psoriasis patients and analyze the variables that are associated with this regulation.
- Correlate the difficulties of emotional regulation with the disease severity, quality of life, anxiety and depression.

Methods - Population

- 228 (114 male, 111 female) patients with psoriasis;
- Aged 17 to 82 ($M=46,65$ $DP=14,69$);
- 98.9% caucasian, 1 negroid group and 1 asian.
- 58,8% (married/de facto union), 29,4% (single), 5,7% (divorced/separated), and 5,7% (widowed);

Methods - Population

- 29,6% (9th grade), 22,1% (10th or 12th grade), 16,8% (average course) and 31,4% (higher education);
- 65.6% (employed), 1,8% (sick leave), 12,8% (unemployed), 18,7% (retired), 3,2% by disablement and 16,5% by age.
- First diagnosis of psoriasis for an average of 21 years ($M = 20.98$, $DP = 13.81$), between less than a year and 69 years;
- 56.9% have psoriasis history on family.

Methods - Assessment Instruments

- Questionnaire about **demographic and clinical information**;
- **DRE** - Difficulties of Emotional Regulation (Gratz & Roemer, 2004)
 - Measures the difficulties of emotional regulation in 36 items, divided in six factors (strategies, non-acceptance, awareness, impulse, objectives, clarity);
- **PDI** - Psoriasis Disability Index (Finlay, 1993)
 - Quantifies the impact of psoriasis on patients lives and can be analyzed under five headings (daily activities, work or school or alternative questions, personal relationships, leisure activities, treatment);

Methods - Assessment Instruments

- **SAPASI** - Simplified Psoriasis Area Severity Index (Feldman, 1994)
 - Is an instrument that allows a clinical assessment of psoriasis by the patient, through an analysis of the color, thickness, and peeling of psoriatic lesions, as well as the part of the body affected.
- **BSI** - Brief Symptoms Inventory (Canavarro, 1995)
 - This survey evaluates psychopathological symptoms in terms of 9 dimensions of symptoms (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism) and 3 global indices (global severity index, positive symptom distress index, positive symptom total).

Methods - Data Plan

- The sample of psoriasis patients came from PSOPortugal (Portuguese Association of Psoriasis), and the subjects were evaluated only once;
- For statistical analysis of all data, we used the software SPSS version 19.0.

Results - EDRS

- The analysis of internal consistency of the subscales range EDRS revealed the following values :

	EDRS Total	Strategies	Non-Acceptance	Awareness	Impulses	Objectives	Clarity
Cronbach's Alpha	,61	,85	,87	,74	,86	,79	,61

- Only the subscale clarity, has a low value of internal consistency.
- After these results, in which the items actually measure what we want to evaluate, we move to further analysis.

Results – EDRS & SAPASI

	EDRS Total	Non-acceptance	Impulse	Objectives
SAPASI	,17*	,16*	,20**	,14*

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

- It has been found positive correlations between SAPASI and 3 of the 6 EDRS subscales;
- The subscales strategies, awareness and clarity, have no correlation with SAPASI.
- And the EDRS Total has a positive but low correlation with SAPASI, as well as the other positive correlations.

Results – EDRS & PDI

	PDI Total	Daily Activities	Work/School/Alternative	Personal Relationships	Leisure Activities
EDRS Total	,36**	,26**	,27**	,24**	,39**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- It has been found positive correlations between EDRS and 4 of the 5 PDI subscales;
- Only the subscale treatment, has no correlation with EDRS.
- However, the PDI Total has a positive and moderate correlation with EDRS and the subscale of leisure activities has a higher value of correlation.

Results – EDRS & BSI

	Somatization	Obsessive-Compulsive	Interpersonal Sensitivity	Depression	Anxiety	Hostility	Phobic Anxiety	Paranoid Ideation	Psychoticism
EDRS Total	,45**	,55**	,54**	,57**	,55**	,53**	,52**	,47**	,54**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- It has been found positive correlations between EDRS and the BSI subscales;
- The correlation is moderate for all subscales, and subscale depression has the highest score.

Conclusions

- Patients with psoriasis who have a higher severity of disease, also appear to have greater difficulties in non-acceptance of emotional response and control of impulses, as well as to act in accordance with the objectives.
- The disability caused by psoriasis, plays an important role on emotional regulation, the most affected areas are: daily activities, work or school, personal relationships and in a highest degree the leisure activities. That is, the higher the individual's have difficulties in regulating their emotions, the greater their disability, and consequently they have a lower quality of life.
- The results also indicated that a higher psychopathological symptoms of patients with psoriasis is associated with more difficulties in regulating their emotions, with a greater evidence on depression and anxiety.

With the support of:



Thank you...

Anexo 1

Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito da realização de um projecto de investigação do CICS-CESPU intitulado «*Estudo dos factores psicossociais e tecnológicos que influenciam a adesão ao tratamento na psoríase*» vimos solicitar o preenchimento do(s) questionário(s) anexo(s) a este termo. Salientamos a importância que este estudo terá para a compreensão desta doença e futura melhoria dos cuidados de saúde nesta área. Queremos realçar que a participação neste estudo é voluntária e anónima sendo garantida a confidencialidade de todos os dados.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está a ser realizado pelo CICS-CESPU.

Obrigado pela sua colaboração

Anexo 2

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Ficha Socio-Demográfica e Clínica

(Almeida, V., & Teixeira, A., 2011)

Data: / / Entrevistador:

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Nº de Identificação: 2. Sexo: M F 3. Idade:
4. Estado Civil: Solteiro Casado União de Facto
Divorciado Separado Viúvo
5. Habilitações Literárias: Analfabeto Lê / escreve
- 5.1. Frequência Escolar: 1 a 4 anos 5 a 6 anos 7 a 9 anos
10 a 12 anos Curso médio Curso superior
6. Profissão:
7. Situação profissional:
- Empregado Baixa médica Desempregado
Reformado por invalidez Reformado por idade
- Observações:
8. Raça/Etnia:
- Caucasiana Negra Asiática
9. Zona residência: distrito/concelho

DADOS DE SAÚDE

10. Primeiro diagnóstico de psoríase em
11. Há história na família de psoríase: Sim Não
12. Nº de médicos que consultou para o tratamento da psoríase nos últimos 2 anos:
- Dermatologistas: 0-2 3-5 >5
Outras especialidades: 0-2 3-5 >5
13. Quantos tratamentos já experimentou: 0-2 3-5 >5
14. Qual o seu grau de satisfação com o tratamento actual para a psoríase:
- Muito satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito Nada satisfeito
15. Nº dias que faltou ao trabalho/escola por causa da doença (últimos 6 meses):
16. Nº dias que alterou a actividade diária devido à doença/sintomas (últimos 6 meses):
17. Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma actividade profissional por causa da psoríase:
- Sim Não
18. A psoríase condicionou a sua opção profissional: Sim Não

19. Quanto gasta no tratamento da psoríase? _____ €/mês

20. Considera a sua doença:
 Pouco grave Grave Muito grave

21. Considera a sua doença:
 Pouco incómoda Incómoda Muito incómoda

22. Possui outras doenças:
 Não
 Sim Quais?
 Doenças Respiratórias Doenças Neurológicas Doenças Cardiovasculares
 Doenças Osteo-articulares Doenças Renais Surdez
 Doenças Metabólicas Cegueira Reumatismo
 Outras _____

23. Alguma vez lhe foi diagnosticado ansiedade e/ou depressão?
 Não Sim Primeiro diagnóstico em _____

24. Há história na família de ansiedade e/ou depressão: Sim Não

25. É acompanhado por psicólogo/psiquiatra?
 Não
 Sim Início das consultas? > 6 meses < 6 meses
 Número de consultas/mês _____

26. Toma ansiolíticos ou antidepressivos? Sim Não

Comportamentos de Saúde (na última semana)

27. Nº de cigarros por dia: _____

28. Nº de cafés por dia: _____

29. Quantidade de bebidas alcoólicas por dia: _____

30. Nº de horas de exercício físico por semana: _____

31. Nº de horas de sono por dia: _____

Anexo 3

Escala de Dificuldades na Regulação

Emocional - EDRE

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Kim L. Gratz & Lizabeth Roemer, 2004

Department of Psychology

University of Massachusetts

Tradução e Adaptação da Versão portuguesa

Eugénia Fernandes, Joana Coutinho, Raquel Ferreira, 2007

Departamento de Psicologia

Universidade do Minho

INSTRUÇÕES: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo indicada, na linha anterior a cada item:

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	algumas vezes (11-35%)	metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- _____ 2) Presto atenção a como me sinto.
- _____ 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo.
- _____ 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- _____ 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- _____ 6) Estou atento aos meus sentimentos.
- _____ 7) Sei exactamente como me estou a sentir.
- _____ 8) Interesse-me com aquilo que estou a sentir.
- _____ 9) Estou confuso sobre como me sinto.
- _____ 10) Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.
- _____ 11) Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 12) Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	às vezes (11-35%)	cerca de metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 13) Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.
- _____ 14) Quando estou chateado, fico fora de controlo.
- _____ 15) Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- _____ 16) Quando estou chateado, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.
- _____ 17) Quando estou chateado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.
- _____ 18) Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.
- _____ 19) Quando estou chateado, sinto-me fora de controlo.
- _____ 20) Quando estou chateado, continuo a conseguir fazer as coisas.
- _____ 21) Quando estou chateado, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.
- _____ 22) Quando estou chateado, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- _____ 23) Quando estou chateado, sinto que sou fraco.
- _____ 24) Quando estou chateado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 25) Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim.
- _____ 26) Quando estou chateado, tenho dificuldades em concentrar-me.
- _____ 27) Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- _____ 28) Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- _____ 29) Quando estou chateado, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 30) Quando estou chateado, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.
- _____ 31) Quando estou chateado, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- _____ 32) Quando estou chateado, eu perco o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 33) Quando estou chateado, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- _____ 34) Quando estou chateado, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir.
- _____ 35) Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor.
- _____ 36) Quando estou chateado, as minhas emoções parecem avassaladoras.

Anexo 4

Índice de Incapacidade Provocada
pela Psoríase - PDI

ÍNDICE DE INCAPACIDADE PROVOCADA PELA PSORÍASE

- **Agradece-se antecipadamente a sua colaboração na resposta a este inquérito.**
- Assinale por favor a resposta a cada pergunta
- Cada pergunta diz respeito **APENAS ÀS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS

ACTIVIDADES DIÁRIAS:

1. Como interferiu a psoríase na realização das suas actividades dentro e fora de casa?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

2. Com que frequência vestiu diferentes tipos ou cores de roupa por causa da psoríase?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

3. Com que frequência teve necessidade de mudar de roupa ou de a lavar?

Muito **bastante** **Ligeiramente** **Nada**

4. Tem sido um problema ir ao cabeleireiro ou barbeiro por causa da psoríase?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

5. A psoríase fez com que tivesse de tomar banho mais vezes do que habitualmente?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

- Há duas versões diferentes das perguntas 6, 7 e 8.
- Se está **regularmente a trabalhar ou estudar** responda por favor às primeiras perguntas **6 – 8**.
- Se **não está a trabalhar ou a estudar** responda por favor às segundas questões **6 – 8**.

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

TRABALHO OU AULAS (se aplicável):

6. Com que frequência teve de faltar ao trabalho ou às aulas por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

7. Com que frequência foi impedido/a de realizar alguma actividade no trabalho ou na escola por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

8. A psoríase afectou a sua carreira? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitado(a) a mudar de emprego).

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

SE NÃO ESTÁ A TRABALHAR OU A ESTUDAR: PERGUNTAS ALTERNATIVAS

6. Com que frequência **deixou** de realizar as suas actividades diárias normais por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

7. Com que frequência teve de **alterar o modo** de realizar as actividades diárias por causa da psoríase nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

8. A psoríase afectou a sua carreira? (exemplos: promoção recusada, perda de emprego, solicitado(a) a mudar de emprego).

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

Todas as perguntas dizem respeito às ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

RELACIONAMENTOS PESSOAIS:

9. A psoríase causou-lhe dificuldades sexuais nas últimas quatro semanas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

10. A psoríase causou-lhe problemas com o (a) seu (sua) parceiro(a), amigos mais próximos ou parentes?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

LAZER:

11. Com que frequência a psoríase o(a) impediu de sair socialmente ou de realizar outras funções específicas?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

12. A psoríase está a dificultar a prática de algum desporto ?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

13. Não conseguiu usar, foi criticado ou impedido de usar casas de banho públicas ou vestiários por causa de sua psoríase?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

14. A psoríase fez com que fumasse ou bebesse bebidas alcoólicas mais do que habitualmente?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

TRATAMENTO:

15. Até que ponto a psoríase ou o seu tratamento fez com que sua casa ficasse suja ou desarrumada ?

Muito **Bastante** **Ligeiramente** **Nada**

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo 5

Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>				
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>				
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>				
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>				
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>				
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>				
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>				
33. Sensação de anestesia (encorticação ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>				
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>				
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>				
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>				
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>				
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>				
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>				
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>				
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>				
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>				
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>				
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>				
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>				
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>				
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>				
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>				
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>				
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>				
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>				
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>				
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>				