



**O efeito mediador da alexitimia na relação  
entre o stress percebido, e a ansiedade e a  
depressão em pessoas com doenças  
autoimunes**

PATRÍCIA ISABEL SILVA CARDEIRA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA CATARINA RAMOS

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa, 2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Catarina Ramos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde.

## **Agradecimentos**

Na conclusão de mais uma etapa do meu percurso acadêmico, não poderia deixar de agradecer às pessoas que tornaram possível a ótima experiência que tive ao longo dos anos, mas especialmente neste último tão importante.

Primeiramente, gostaria de agradecer a todas as pessoas com doenças autoimunes que se mostraram disponíveis para a participação nesta investigação, que sem a vossa colaboração não teria sido possível.

Gostaria também de agradecer à Professora Doutora Catarina Ramos, por todos os conhecimentos transmitidos, dedicação, disponibilidade, paciência e por todo o apoio que me deu durante este ano que foram fundamentais chegar ao fim do meu percurso acadêmico com ainda mais conhecimentos. Um especial agradecimento por estar sempre disponível para me orientar, organizar e, principalmente, ouvir o que tinha a dizer nos momentos mais fáceis e nos momentos mais difíceis.

Agradeço também à Professora Doutora Isabel Leal, coordenadora do seminário de dissertação, por todo o apoio dado ao longo deste percurso e pela disponibilidade incansável ao longo desta etapa.

Aos meus pais e avós, agradeço todo o apoio que me deram durante todas as fases do meu percurso acadêmico e especialmente no decorrer destes últimos meses, que por estarem repletos de novidades e novas aventuras, trouxera alguma ansiedade e insegurança. Por estarem sempre presentes em todos os momentos e nunca deixarem de apoiar incondicionalmente. Agradeço também ao meu irmão, apesar de ainda ser um jovem, nunca deixou de me apoiar e acima de tudo animar quando foi preciso. Sem vocês nada disto seria possível e estarei para sempre grata.

Ao Tiago, que caminha todos os dias ao meu lado, mostrando sempre o seu apoio incondicional e o seu orgulho e felicidade pelas minhas conquistas. Um especial obrigado, por toda a paciência ao longo destes anos, tanto para os momentos bons como para os menos bons!

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os meus amigos que fizeram parte deste caminho, estando perto ou longe nunca deixaram de me apoiar, e que sem os quais nada seria igual.

## Resumo

**Introdução:** A presente investigação tem como objetivo avaliar a manifestação das variáveis: stress percebido, alexitimia, ansiedade e depressão em pacientes com doenças autoimunes e avaliar se existe um possível efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade e a depressão. **Método:** Este estudo conta com 347 participantes ( $M_{idade} = 39,60$ ;  $DP = 12,38$ ) e a amostra é não probabilística e por conveniência. Procedeu-se à aplicação de um questionário online, constituído pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, a Escala de Stress Percebido, e a Escala de Alexitimia de Toronto. **Resultados:** Verificou-se que as variáveis em estudo se encontram correlacionadas positiva e significativamente entre si. Adicionalmente, tanto o stress percebido como a alexitimia têm efeitos diretos, totais e indiretos significativos na depressão e na ansiedade. Observou-se que o stress percebido é um preditor mais elevado de ansiedade ( $\beta_{alexitimia} = 0,22$ ;  $p \leq 0,001$ ;  $\beta_{stress\ percebido} = 0,62$ ;  $p \leq 0,001$ ) e depressão ( $\beta_{alexitimia} = 0,21$ ;  $p \leq 0,001$ ;  $\beta_{stress\ percebido} = 0,56$ ;  $p \leq 0,001$ ), do que a alexitimia. **Discussão:** Este estudo permite elucidar sobre um mecanismo de gestão de stress percebido dos pacientes com doenças autoimunes, bem como o efeito de mediação parcial do stress percebido no aumento do impacto da alexitimia na ansiedade e na depressão.

*Palavras-Chave:* Ansiedade, Depressão, Stress Percebido, Alexitimia, Doenças Autoimunes

## Abstract

**Introduction:** The present research aims to evaluate the manifestation of the variables perceived stress, alexithymia, anxiety and depression in patients with autoimmune diseases and to assess whether there is a possible mediating effect of alexithymia in the relationship between perceived stress and anxiety and depression. **Method:** This study counts with 347 participants ( $M_{age} = 39,60$ ;  $SD = 12,38$ ), and the sample is not probabilistic and by convenience. An online questionnaire was applied, consisting of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Perceived Stress Scale, and the Toronto Alexithymia Scale. **Results:** It was found that the variables under study are positively and significantly correlated with each other. Additionally, both perceived stress and alexithymia have significant direct, total and indirect effects on depression and anxiety. It was observed that perceived stress is a higher predictor of anxiety ( $\beta_{alexithymia} = 0.22$ ,  $p \leq 0.001$ ;  $\beta_{perceived\ stress} = 0.62$ ,  $p \leq 0.001$ ) and depression ( $\beta_{alexithymia} = 0.21$ ,  $p \leq 0.001$ ;  $\beta_{perceived\ stress} = 0.56$ ,  $p \leq 0.001$ ), than alexithymia. **Discussion:** This study provides insight into a perceived stress management mechanism of patients with autoimmune diseases, as well as the partial mediating effect of perceived stress on the relationship between alexithymia and anxiety and depression.

*Keywords:* Anxiety, Depression, Perceived Stress, Alexithymia, Autoimmune Diseases

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Enquadramento Teórico</b> .....	3
Autoimunidade e Doenças Autoimunes .....	3
Stress Percebido e as Doenças Autoimunes.....	6
Depressão, Ansiedade e as Doenças Autoimunes .....	7
Alexitimia e as Doenças Autoimunes.....	9
Stress Percebido, Ansiedade, Depressão e Alexitimia Nas Doenças Autoimunes .....	10
Pertinência do Estudo .....	12
Questão de Investigação .....	13
Objetivos do Estudo.....	13
<b>Método</b> .....	13
Desenho do Estudo .....	13
Participantes .....	14
Procedimentos .....	17
Material .....	17
Características sociodemográficas e clínicas.. .....	17
Análise Estatística .....	19
<b>Resultados</b> .....	20
Análise Descritiva das Variáveis em Estudo .....	20
Correlações Entre Variáveis.....	21
Efeitos de Mediação .....	21
<b>Discussão</b> .....	23
Limitações e Estudos Futuros .....	28
Considerações Finais e Implicações Clínicas e Práticas.....	29

<b>Referências</b> .....	32
<b>Anexos</b> .....	49
Anexo A – Autorização Formal Para Utilização Dos Instrumentos .....	49
Anexo B – Protocolo .....	52
Anexo C – Outputs relativos à Estatística Descritiva das variáveis em estudo .....	60
Anexo D – Outputs relativos aos Testes Estatísticos realizados no presente estudo .....	61

### **Lista de Quadros**

Quadro 1 – Características Sociodemográficas.....	15
Quadro 2 – Características Clínicas da Amostra.....	16
Quadro 3 – Análise Descritiva, Normalidade e Consistência Interna das Variáveis Psicossociais.....	20
Quadro 4 – Correlações de Spearman.....	21
Quadro 5 – Mediação do Stress Percebido na Relação Entre Alexitimia e Depressão.....	22
Quadro 6 – Mediação do Stress Percebido na Relação Entre Alexitimia e Ansiedade.....	23

### **Lista de Anexos**

Anexo A – Autorização Formal Para Utilização Dos Instrumentos.....	49
Anexo B – Protocolo.....	52
Anexo C – Outputs relativos à Estatística Descritiva das variáveis em estudo.....	60
Anexo D – Outputs relativos aos Testes Estatísticos realizados no presente estudo.....	61

## Introdução

Uma das principais características do sistema imunitário é sua capacidade de discriminar entre antígenos próprios e não próprios. Assim, a não responsividade das células do sistema imune contra antígenos próprios refere-se à tolerância imunológica, enquanto a autoimunidade está relacionada com a perda de controle dos mecanismos que mantêm a tolerância. De um modo geral, a autoimunidade consiste no conjunto de respostas imunes de um organismo que atua contra as suas próprias células, tecidos e órgãos do corpo. Qualquer doença causada por esse tipo de resposta imune é uma doença autoimune, que pode resultar da perda persistente dos mecanismos de controle responsáveis pela manutenção da tolerância aos antígenos próprios, e os sintomas dependem da parte do corpo afetada. Em doenças autoimunes, diferentes abordagens de tratamento podem ser utilizadas para alcançar a remissão ou pelo menos para aliviar os sintomas, contribuindo para a gestão da doença (Duan et al., 2019; Ortet & Costa, 2022).

Considerando a etiologia multifatorial das doenças autoimunes (i.e., fatores genéticos, ambientais, hormonais e imunológicos), o stress físico e o stress psicológico têm vindo a ser compreendidos como agravantes das doenças autoimunes (Bhatt et al., 2015), demonstrando-se assim a pertinência do estudo do stress percebido nas pessoas com doenças autoimunes. Concomitantemente, a ansiedade e a depressão são reações emocionais bastante comuns aquando do diagnóstico de doença autoimune, nomeadamente a depressão é considerada como uma das perturbações a nível mental mais frequentes em pacientes com doenças autoimunes (Palagini et al., 2013), sendo que estas podem conduzir a dificuldades no processo de ajustamento à doença (Pais-Ribeiro, 2007). Desta forma, torna-se também relevante o estudo da ansiedade e da depressão nesta população. Ainda, no que concerne à alexitimia, esta assume um papel de potenciadora de uma suscetibilidade para o aparecimento de doenças, devido à dificuldade de regulação de emoções (Picardi et al., 2003). Esta dificuldade pode ainda facilitar que as emoções sejam expressas de forma somática, impactando as alterações imunológicas em pacientes com doenças autoimunes (Barbosa et al., 2009). Desta forma, tendo em linha de conta o papel central da alexitimia nas doenças autoimunes, bem como a sua correlação positiva com o stress percebido, a ansiedade e a depressão (Nekouei et al., 2014; Yalug et al., 2010; Zakiei et al., 2017), pode colocar-se a hipótese sobre o potencial papel mediador da alexitimia na relação entre estas variáveis, ou seja, a alexitimia pode aumentar ou diminuir a relação entre o stress percebido e a depressão, bem como entre o stress percebido e a ansiedade (Li et al., 2022).

Concomitantemente, o desenho do presente estudo é transversal, contando com 347 participantes com doenças autoimunes que foram recrutados através das redes sociais em grupos ajuda a pessoas com doenças autoimunes e através de email para as associações de ajuda a estes pacientes.

A presente dissertação de mestrado é constituída por três secções principais. A primeira secção consiste na introdução dos temas a serem abordados ao longo da investigação, sendo exemplo disto: as variáveis em estudo - stress, ansiedade, depressão e alexitimia; a sua relação com as doenças autoimunes, as suas consequências na vida dos pacientes, e o efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress e a ansiedade e depressão. Ainda nesta secção são explicitadas as limitações encontradas na literatura realizada até ao momento. Esta secção termina com a enunciação da pertinência do estudo, os objetivos do mesmo e a questão de investigação. Na segunda secção, é explicitada a metodologia utilizada na presente investigação, especificamente, os procedimentos, os participantes, os instrumentos utilizados e a análise estatística. Por fim, a terceira secção refere-se à explicitação dos resultados obtidos, ou seja, a sua apresentação e análise, sendo esta seguida por uma discussão dos mesmos. Ainda nesta secção é possível observar as limitações metodológicas do presente estudo, bem como sugestões de estudos futuros.

## **Enquadramento Teórico**

### **Autoimunidade e Doenças Autoimunes**

O sistema imunológico, nas pessoas saudáveis, protege o sujeito constantemente de microrganismos internos e externos (como viroses, bactérias e parasitas) que contribuem para o aparecimento de doenças. Contudo, em alguns indivíduos esta proteção pode direcionar-se desadequadamente contra os próprios tecidos e células, dando origem a perturbações da autoimunidade. Portanto, as doenças que resultam deste fenómeno são conhecidas como doenças autoimunes (Bhatt et al., 2015; British Society for Immunology, 2016).

As doenças autoimunes podem afetar praticamente todos os locais do corpo, incluído o sistema endócrino, o tecido conjuntivo, o trato gastro intestinal, o coração, a pele e os rins, sendo que resultam de uma combinação de fatores genéticos, imunológicos, hormonais e ambientais. Estas doenças podem estar divididas em dois tipos: (1) específico do órgão, onde a resposta autoimune é direcionada a um antígeno alvo específico de um órgão ou glândula (por exemplo, a diabetes *mellitus* tipo I); ou (2) sistémico, que envolve uma resposta autoimune direcionada para uma ampla gama de órgãos e tecidos (por exemplo, o lúpus eritematoso sistémico) (Bhatt et al., 2015; Davidson & Diamond, 2001). Esta distinção é útil do ponto de vista clínico, contudo não corresponde necessariamente a uma diferença de causalidade. Neste sentido, Davidson e Diamond (2001), referem uma divisão mais útil em que se distingue entre doenças em que há uma alteração geral na seleção, regulação ou morte de células T ou células B e aquelas em que uma resposta anormal a um antígeno particular, próprio ou estranho, causa autoimunidade. Esta classificação é útil para se decidir sobre o tratamento, que pode diferir de acordo com o mecanismo patogénico.

Adicionalmente, alterações que diminuem o limiar de sobrevivência e ativação de células B autorreativas muitas vezes resultam na produção de múltiplos anticorpos, como é o caso dos múltiplos anticorpos antinucleares e anti-DNA no lúpus eritematoso sistémico (Bickerstaf et al., 1999; Napirei et al., 2000; Nishizumi, 1995). Ainda, outras doenças mediadas por autoanticorpos parecem refletir uma perda de tolerância das células B a um antígeno específico. Para além disso, alterações genéticas com efeitos globais na função das células T reguladoras ou na produção de citocinas muitas vezes conduzem ao surgimento de doença inflamatória intestinal, sendo que este processo pode refletir uma maior ativação das células T com uma resposta excessiva da flora intestinal. As alterações no repertório das células T podem causar uma doença sistémica ou anormalidades específicas num órgão (Bhan et al., 1999).

Atualmente, de acordo com o postulado pelo Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI, 2016), existem mais de 100 doenças autoimunes, sendo exemplo destas, as doenças inflamatórias intestinais (nomeadamente a doença de *crohn* e a colite ulcerosa), a diabetes *mellitus* tipo 1, a cirrose biliar primária, a síndrome de Sjögren, o lúpus eritematoso sistémico, a esclerodermia, a tiroide autoimune, as doenças reumáticas (artrite reumatoide e a espondilite anquilosante), a doença celíaca e a hepatite autoimune, entre outras. De um modo geral, os sintomas mais comuns destas doenças são: febre prolongada, fadiga extrema, dores nas articulações com inchaço associado, manchas vermelhas na face e no tronco que tendem a aumentar com a exposição solar, alterações a nível analítico como anemia, aumento dos parâmetros de inflamação e diminuição das plaquetas.

No que concerne à prevalência, importa referir que entre 2003 e 2014, foram identificados 148.947 novos casos de nove doenças autoimunes, nas bases de dados de três países europeus (Dinamarca, Itália e Espanha) e do Reino Unido (Willame, 2021). Em Portugal, registou-se, em 2006, nos serviços de medicina interna, 1.181-2.305 pacientes com artrite reumatoide, 708-1.395 pacientes com lúpus eritematoso, 133-335 pacientes com esclerodermia, 41-190 pacientes com dermatopolimiosite, 320-665 doentes com síndrome de Sjögren, 244-555 pacientes com síndrome antifosfolipídica e 159-390 pacientes com doença de Behçet (Tribolet de Abreu et al., 2006). Ainda, estas doenças atingem três vezes mais mulheres que homens, sendo que esta proporção depende da doença, podendo ser mais elevada. Desta forma, as mulheres representam cerca de 75% dos estimados 23.5 milhões de pessoas com doença autoimune nos Estados Unidos, constituindo-se assim como uma das principais causas de morte e incapacidade em mulheres com menos de 65 anos de idade (Singh et al., 2016).

Como doenças crónicas, o tratamento das doenças autoimunes não se direciona para a sua cura, mas para o controlo e prevenção das consequências adversas causadas pelas mesmas, possibilitando, assim, o aumento da esperança média de vida e da qualidade de vida das pessoas com estas patologias. Neste sentido, existem vários tratamentos eficazes para estas doenças, entre os quais, os corticosteroides (utilizados no tratamento de doenças como nefropatia por IgA e lúpus eritematoso sistémico) que têm efeitos imunossupressores, anti-inflamatórios, antiproliferativos e vasoconstritores, sendo que aumentam a expressão de mediadores anti-inflamatórios e regulam negativamente a síntese de moléculas pro-inflamatórias. Além disto, contrastam a imunidade mediada por células, reduzindo a

proliferação de células T e a expansão de cópias de células B, com repercussões subsequentes na produção de anticorpos (Bardazzi, 2021; Fauci, 1983).

No tratamento de doenças autoimunes são também usados imunossupressores, sendo que estes fármacos suprimem o funcionamento do sistema imunológico e a sua administração ocorre habitualmente por longos períodos de tempo. Contudo, têm consequências adversas porque inibem tanto a reação autoimune como a capacidade de defesa do organismo contra substâncias estranhas, nomeadamente micro-organismos que provocam infeções e consequentemente a pessoa tem mais facilidade em desenvolver infeções (Bardazzi, 2021; Valdoleiros, 2021).

As imunoglobulinas intravenosas (IVIg) são também utilizadas no tratamento de doenças autoimunes, caracterizam-se como anticorpos exógenos policlonais reunidos a partir do plasma de doadores saudáveis. Após a infusão, são necessários 3 a 5 dias para o equilíbrio entre os espaços intra e extravascular. Trata-se, portanto, de uma terapia imunomoduladora que envolve várias vias, atuando de forma sinérgica. Adicionalmente, não aumenta o risco de infeção e reativação de infeções crónicas, ao contrário dos imunossupressores convencionais. Contudo, o alto custo e baixa disponibilidade de IVIg constituem-se como as maiores limitações para a sua utilização (Bardazzi, 2021).

A terapia biológica veio revolucionar o tratamento de várias doenças autoimunes inflamatórias sistémicas, incluindo a artrite reumatoide, a doença inflamatória intestinal, a psoríase, a artrite psoriática, a espondilite anquilosante, entre outras. Esta terapia caracteriza-se pela utilização de agentes biológicos (moléculas de origem biológica) de forma terapêutica. A maioria destes agentes são baseados em anticorpos ou proteínas recetoras, que podem ser biologicamente modificadas para se tornarem imunogénicas em humanos (Penn, 2006; Wolfe & Ang, 2017).

Assim, tendo em linha de conta a elevada dose de medicação, a natureza crónica da doença, a maior predisposição a infeções, internamentos prolongados e efeitos diretos de inflamação no cérebro, as pessoas com doenças autoimunes têm uma maior predisposição para o desenvolvimento de comorbilidades psiquiátricas (Lynall, 2018). Neste sentido, uma vez que a etiologia das doenças autoimunes é multifatorial (i.e., fatores genéticos, ambientais, hormonais e imunológicos), o stress físico e o stress psicológico têm sido sugeridos como potenciadores do agravamento de doenças autoimunes. Os fatores de risco relatados nos estudos são o stress psicológico, nomeadamente o stress emocional, que por sua vez leva à

desregulação imunológica, o que acaba por aumentar a produção de citocinas. As doenças autoimunes, podem ser prevenidas evitando os fatores ambientais que desencadeiam a doença (prevenção primária) (Bhatt et al.,2015).

### **Stress Percebido e as Doenças Autoimunes**

O stress percebido, tendo em linha de conta o postulado por Lazarus (1966), deve ser compreendido como um conceito organizador da compreensão sobre fenómenos importantes da adaptação humana. Lazarus (1990), defende que o stress percebido se caracteriza como uma condição experienciada subjetivamente por um indivíduo que identifica um desequilíbrio entre as exigências que lhe são feitas e os seus recursos disponíveis para atendê-las. Portanto, o stress percebido ocorre quando se dá uma alteração ao funcionamento normal do sujeito, devido à ação de um agente externo ou interno. A resposta ao stress percebido envolve esforço e produz uma sensação subjetiva de tensão (pressão), como um aumento na ativação ou inibição e, portanto, uma mudança nos estados emocionais (Sandín, 1989).

Para a compreensão do mecanismo de desenvolvimento do stress percebido, Lazarus e Folkman apresentaram, em 1984, o modelo transacional de stress percebido, o qual compreende a relação entre o individuo e o ambiente como dinâmica, mutualmente recíproca e bidirecional. Neste sentido, refere-se que o termo transacional implica a criação de um novo nível de abstração no qual o individuo e o ambiente se juntam para formar um novo significado relacional. Esta abordagem psicológica do stress percebido enfatiza a avaliação cognitiva que se centra na avaliação de danos, ameaças e desafios, sendo que esta avaliação pode ser primária, secundária ou reavaliação. A avaliação primária permite categorizar a situação tendo em conta as repercussões que esta pode ter no bem-estar do individuo, sendo possível determinar se a situação é indutora de stress percebido, positiva ou irrelevante. Quando a situação é indutora de stress percebido, o individuo vai avaliar as suas estratégias de coping para lidar com a mesma (avaliação secundária), sendo que estas podem ser focadas no problema ou focadas nas emoções. Pode ainda ocorrer uma reavaliação quando a avaliação inicial da situação é modificada devido à novas informações que se vão obtendo sobre a mesma. Adicionalmente, o modelo transacional foca-se no processo e na mudança, ao passo que o modelo tradicional era estático e estrutural. Assim, o estudo dos processos implica compreender o que está realmente a acontecer num contexto específico e não o que costuma acontecer nos contextos gerais.

O aparecimento de pelo menos 50% das doenças autoimunes tem sido atribuído a causas desconhecidas. Contudo, a literatura indica que a maioria das pessoas que sofrem de doenças autoimunes relatam stress percebido emocional incomum antes do início da doença, sendo que isto se torna um círculo vicioso porque, concomitantemente, as doenças autoimunes causam stress percebido ao paciente. Neste sentido, ao longo do tempo esta associação entre o stress percebido e as doenças autoimunes tem sido amplamente estudada em doenças específicas como por exemplo, a diabetes *mellitus* tipo 1 (Ilchmann-Diounou & Ménard, 2020). Adicionalmente, o stress percebido no início da vida parece ter um risco particular para o desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 1 (Hägglöf et al., 1991). Isto está de acordo com a literatura que destaca a maturação neonatal do pâncreas como crítica e vulnerável a stressores (Roberts et al., 2017). Foi também sugerido que o stress percebido mediado pelo excesso de secreção de cortisol e catecolaminas poderia levar ao desenvolvimento de autoimunidade, induzindo consequentemente diabetes *mellitus* tipo I (Melin et al., 2017a, 2017b). No mesmo sentido, o stress percebido em adultos tem sido descrito como estando associado ao aumento de incidência de lúpus eritematoso sistémico (Mills et al., 2017) e alopecia areata (Mostaghimi et al., 2021) e consequentemente de intensificar os seus sintomas (como dor física e perturbação do sono). Ainda, verifica-se que cerca de 70% dos pacientes com esclerose múltipla referem uma quantidade incomum de stress percebido antes do início da doença (Grant et al., 1989).

### **Depressão, Ansiedade e as Doenças Autoimunes**

As mudanças que ocorrem no estado emocional das pessoas quando recebem o diagnóstico de doença são expectáveis. Contudo, se as reações emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão, forem elevadas pode ter um impacto negativo no processo de ajustamento à doença, sendo importante identificar a magnitude da reação emocional de modo a organizar o apoio ao paciente (Pais-Ribeiro, 2007). Desta forma, importa definir os conceitos de depressão e de ansiedade, bem como a sua associação com as doenças autoimunes.

No que se refere à depressão, esta é considerada uma perturbação do humor, sendo que os pacientes podem usar expressões como “triste”, “deprimido”, “em baixo”, ou semelhantes para descrever o que estão a sentir. Pacientes deprimidos costumam ter visões negativas do mundo e de si mesmos, sendo que o conteúdo do seu pensamento geralmente inclui ruminacões não delirantes sobre perda, culpa, suicídio e morte (González de Rivera &

Monterrey, 2009). O indivíduo com depressão sofre frequentemente de oscilações no peso, perturbações no sono, agitação ou lentificação psicomotora, falta de energia e défices cognitivos (American Psychological Association [APA], 2014).

A depressão é, segundo Palagini e colaboradores (2013), uma das perturbações a nível mental mais frequentes em pacientes com doenças autoimunes (nomeadamente com lúpus sistémico eritematoso e diabetes *mellitus* tipo I), sendo que se verifica uma taxa de prevalência entre os 17% e os 75%, o que é muito superior ao que se verifica na população em geral (Melin et al., 2017a, 2017b; Nery et al., 2008). No mesmo sentido, a tem indicado, em particular, que um aumento na atividade do lúpus eritematoso sistémico pode levar a uma maior vulnerabilidade para perturbações depressivas. Ainda, a depressão evidenciou-se associada à ansiedade, a alta secreção de cortisol e a alterações no controlo glicémico, em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 (Melin et al., 2017a, 2017b).

A ansiedade, caracteriza-se como uma resposta emocional que se manifesta em vários níveis, nomeadamente somático, cognitivo, emocional e comportamental. A nível somático destacam-se as respostas de ativação fisiológica e tensão, particularmente o aumento do batimento cardíaco, da respiração e da tensão muscular. A nível cognitivo, a ansiedade está associada a alterações na perceção de ameaças e à incapacidade do próprio para lidar com as mesmas. A nível emocional, a emoção básica associada à ansiedade é o medo. A nível comportamental, a ansiedade traduz-se numa resposta de fuga ou evitamento da situação (Neto, 2019). Ainda, a ansiedade pode considerar-se como traço ou estado, sendo que a ansiedade estado caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas num determinado momento concreto e bem definido. Ao passo que a ansiedade traço corresponde à propensão dos indivíduos para se relacionarem com o meio com bastante ansiedade (Correia, 2014). Assim, a ansiedade é uma resposta adaptativa a um ambiente potencialmente perigoso, contudo a ansiedade pode, também, ser patológica quando é desencadeada de forma inadequada e não é adaptativa, tornando-se conseqüentemente numa perturbação de ansiedade (Boland et al., 2021). Assim, a ansiedade pode manifestar-se em diferentes formas de perturbações psiquiátricas, nomeadamente, perturbação de ansiedade generalizada, fobias, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação de stress pós-traumático e pânico (Chapman et al., 2014).

Recentemente, a ligação entre a autoimunidade e as perturbações psiquiátricas tem vindo a ser estudada em várias doenças autoimunes. Sendo exemplo disto o estudo de Siegmann e colaboradores (2018), relativo à população dos Estados Unidos, em que 41,6% dos pacientes com Tiróide Autoimune sofre de ansiedade, o que corresponde a 17,5 milhões

de pessoas, sendo que o mesmo se verificou em relação à depressão. Adicionalmente, foi também estudada a relação entre a ansiedade e a diabetes por Chapman e colaboradores (2014) e por Kaur e colaboradores (2013), sendo que se verificou que pacientes com diabetes tinham maiores níveis de ansiedade. Adams e colaboradores (2021), analisaram também esta relação, em pacientes com diabetes tendo encontrado resultados semelhantes, ou seja, elevados níveis de ansiedade e de depressão em pacientes com doenças autoimunes. Esta relação foi também estudada em pacientes com esclerose múltipla (Carnero Contentti et al., 2021; Van Damme et al., 2019; Palm et al., 2018; Tauil et al., 2021), artrite reumatoide (Michel et al., 2016; Yayikci & Karadag, 2019), diabetes mellitus tipo 1 (Chatzi et al., 2009; Melin et al., 2017a, 2017b), lúpus eritematoso sistémico (Du et al., 2018; Sakr, et al., 2022), psoríase (Demirci et al., 2020; Sunar et al., 2020) e alopecia areata (Sayar et al., 2001).

Em suma, é possível compreender que a ansiedade e a depressão podem ter impactos profundos na saúde e no bem-estar das pessoas com doenças autoimunes, nomeadamente através do aumento da incidência de doenças cardiovasculares, enfarte do miocárdio, ideação suicida, incapacidade física e diminuição da qualidade de vida, havendo uma associação bidireccional entre a saúde física e a saúde mental dos sujeitos com doenças autoimunes (Zhang et al., 2017).

### **Alexitimia e as Doenças Autoimunes**

A definição de alexitimia remonta a 1970, quando Nemiah e Sifneos relataram casos de pacientes com sintomas psicossomáticos clássicos, como colite ulcerosa, asma, úlcera péptica ou artrite reumatoide, que apresentavam uma marcada dificuldade na expressão e descrição verbal dos seus sentimentos e uma ausência ou diminuição marcada de fantasia, sendo que atualmente, estes sintomas são definidos como alexitimia. Assim, o indivíduo com alexitimia, descreve inúmeros sintomas físicos, tem ausência de produção de fantasia, apresenta dificuldade em encontrar palavras apropriadas para descrever sentimentos, tem um discurso marcado por detalhes repetitivos, raramente sonha e tem relacionamentos interpessoais caracterizados pela dependência e pela indiferença (Lesser, 1981). Atualmente, o construto de alexitimia inclui as seguintes quatro características principais: dificuldade em identificar e descrever sentimentos subjetivos; dificuldade em diferenciar entre os sentimentos e as sensações físicas de excitação emocional; processos imaginativos limitados e um estilo cognitivo orientado para o exterior. Atualmente, a alexitimia é considerada um construto

dimensional de personalidade relativamente estável (Larsen et al., 2003; Timoney & Holder, 2013).

Segundo Picardi e colaboradores (2003), a alexitimia é considerada um fator de desencadeamento de uma suscetibilidade geral para as doenças, sendo que a dificuldade das pessoas em regular as suas emoções pode resultar em respostas exacerbadas no sistema autónomo e neuroendócrino, levando ao aparecimento de doença. Ainda, de acordo com Barbosa e colaboradores (2009), dadas as dificuldades muitas vezes encontradas em pacientes com alexitimia, para a identificação, a descrição e a expressão das emoções, pode conjecturar-se que as emoções acabam por ser expressas de forma somática o que pode ter impacto ao nível das alterações imunológicas e pode ter repercussões multisistémicas em pacientes com doenças autoimunes.

A investigação em adultos tem vindo a indicar uma associação entre a alexitimia e as doenças autoimunes, tendo sido verificada uma prevalência de alexitimia entre 23-50% nesta população (Dehghani et al., 2017). Note-se ainda que foi estudada a alexitimia em doenças autoimunes específicas, como por exemplo, o lúpus eritematoso sistémico (Barbasio et al., 2015; Barbosa et al., 2009), a diabetes mellitus tipo 1 (Chatzi, et al., 2009; Melin et al., 2017a, 2017b; Mnif et al., 2014; Naito et al., 2021), a artrite reumatoide (Larice et al., 2020), a alopecia areata (Mostaghimi et al., 2021; Picardi et al., 2003; Sayar et al., 2001; Sellami, et al., 2014), a esclerose múltipla (Chahraoui et al., 2008; Jougleux et al., 2021) e as doenças inflamatórias intestinais (Boye et al., 2008; Fournier et al., 2020; Porcelli et al., 1999), tendo-se assim verificado, nestes estudos que indivíduos com doenças autoimunes têm maiores níveis de alexitimia, quando comparados com pacientes saudáveis.

### **Stress Percebido, Ansiedade, Depressão e Alexitimia Nas Doenças Autoimunes**

Ao longo do tempo, a investigação tem vindo a analisar as associações entre as variáveis em estudo, stress percebido, depressão, ansiedade e alexitimia, em pessoas com doenças autoimunes, nomeadamente doença de crohn e colite ulcerosa (Amorim & Guerra, 2018) e lúpus eritematoso sistémico (Pan et al., 2019). Contudo, esta investigação continua limitada na área das doenças autoimunes, tendo sido esta relação entre as variáveis estudada noutras populações, por exemplo, pessoas com diabetes tipo 2 (Madanian & Froozandeh, 2018; Shahi & Mohammadyfar, 2017), enxaqueca crónica e episódica (Yalug et al., 2010), doença coronária (Nekouei et al., 2014) e em populações não clínicas como adultos libaneses

(Obeid et al., 2020) e em estudantes de ciências médicas no Irão (Zakiei et al., 2017). Nestes estudos, destacam-se níveis de ansiedade leves e níveis de depressão normais, contudo superiores ao verificado em populações saudáveis (Goodhand et al., 2012). Concomitantemente, nestes estudos, observou-se uma correlação positiva e significativa entre estas variáveis, ou seja, quanto maiores os níveis de alexitimia, maiores os níveis de stress percebido, bem como de ansiedade e de depressão. Ainda, a literatura verificou, em pacientes com doenças inflamatórias intestinais e lúpus eritematoso sistémico, que os valores de ansiedade são superiores aos valores de depressão, referindo que isto é influenciado pelo tempo de diagnóstico, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico mais adaptativas serão as estratégias de coping e conseqüentemente menores serão os níveis de depressão. Contudo, o facto de os níveis de ansiedade serem superiores aos de depressão, justifica-se ainda pela influência do stress percebido na relação entre as variáveis, verificando-se que quanto maior percepção de stress percebido, maiores os níveis de ansiedade relatados (Amorim & Guerra, 2018; Beckerman et al., 2011).

Relativamente ao stress percebido, o mesmo encontra-se em níveis excessivos quando estudado em doenças inflamatórias intestinais (Amorim & Guerra, 2018), e em níveis normais quando se refere a doentes com lúpus eritematoso sistémico (Mills et al., 2018). Adicionalmente, em pacientes com miastenia grave (Bogdan et al., 2019) e lúpus eritematoso sistémico (Ratanasiripong & Ratanasiripong, 2020), verificou-se que maiores níveis de depressão remetiam para um início de doenças mais precoce, maior severidade da doença, bem como níveis de stress percebido mais elevados, aumentando a propensão destes pacientes a ter doença generalizada, quando comparados com indivíduos sem doenças autoimunes (Ratanasiripong & Ratanasiripong, 2020). À semelhança de estudos anteriores, Shahi e Mohammadyfar (2017), defendem que pessoas com diabetes revelam maiores níveis de depressão, ansiedade e stress percebido do que pessoas sem diabetes, o que pode estar relacionado com o medo dos problemas associados à doença e da incapacidade de evitar a mesma.

No que concerne a alexitimia, verificam-se níveis de alexitimia borderline (valores obtidos entre 51 e 61) nas doenças inflamatórias intestinais (Amorim & Guerra, 2018) e níveis de alexitimia elevados (valores obtidos superiores a 61) em pessoas com artrite reumatoide (Vadacca et al., 2014). Relativamente à relação entre alexitimia, a depressão e a ansiedade, verificou-se em pacientes com lúpus eritematoso sistémico uma correlação positiva e significativa entre as mesmas, ou seja, quanto maiores os níveis de alexitimia

maiores serão os níveis de depressão e ansiedade (Barbosa et al., 2009; Sayar et al., 2001), o mesmo foi observado em pacientes com esclerose múltipla (Chahraoui et al., 2008; Jougleux et al., 2021). Adicionalmente, de acordo com Dehghani e colaboradores (2017) e de Sellami e colaboradores (2014), pessoas com alexitimia terão mais dificuldades em lidar com o stress percebido e mais dificuldades em expressar as suas emoções, pelo que estão em maior risco de desenvolver doenças autoimunes, como por exemplo, alopecia areata, psoríase e vitiligo. Concomitantemente, verificou-se que o exacerbar de sintomas depressivos e de ansiedade vão causar dificuldade ao individuo em identificar, descrever e partilhar os próprios sentimentos com os outros. Assim, é possível observar que a alexitimia tem uma relação próxima com a depressão e a ansiedade, sendo que estas podem ser consideradas como fatores de risco na gestão da doença (Nekouei et al., 2014; Yildirim et al., 2012).

Por fim, tendo em consideração o papel central da alexitimia nas doenças autoimunes, bem como a sua correlação positiva com o stress percebido, a ansiedade e a depressão (Nekouei et al., 2014; Yalug et al., 2010; Zakiei et al., 2017), pode conjecturar-se o potencial papel mediador da alexitimia na relação entre estas variáveis, ou seja, a alexitimia pode aumentar ou diminuir a relação entre o stress percebido e a depressão, bem como entre o stress percebido e a ansiedade (Li et al., 2022).

### **Pertinência do Estudo**

As doenças autoimunes afetam negativamente tanto a saúde física, como a saúde mental, portanto, demonstra-se relevante o estudo de variáveis psicológicas nestes pacientes. Por conseguinte, as variáveis em estudo serão o stress percebido, a depressão, a ansiedade e a alexitimia, sendo que se pretende obter uma melhor compreensão sobre os processos psicológicos de gestão de stress percebido dos pacientes com doenças autoimunes. Adicionalmente, mostra-se também importante a compreensão da interação entre as variáveis, nomeadamente o potencial efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress e a ansiedade e a depressão. Isto porque os pacientes com alexitimia têm dificuldades de regulação emocional e em criar mecanismos de coping adequados para lidar com a doença derivadas das dificuldades de expressão emocional, conduzindo à experiência de respostas prolongadas ao stress percebido, o que conseqüentemente aumenta os níveis de depressão e de ansiedade (Honkalampi et al., 2000; Li et al., 2022; Tolmunen et al., 2011). Torna-se assim importante o estudo da relação entre as variáveis e o eventual papel mediador da alexitimia,

para aumentar a compreensão da manifestação destas variáveis e o seu impacto na vida dos pacientes com doenças autoimunes.

Atualmente, os estudos com pacientes autoimunes centram-se no estudo de uma das variáveis isoladamente (e.g. ansiedade ou depressão) e são constituídos por amostras com apenas um tipo de doença autoimune. A presente investigação pretende, também, colmatar as lacunas atuais da investigação ao apresentar o estudo das quatro variáveis em conjunto numa amostra constituída por pacientes com diferentes doenças autoimunes.

### **Questão de Investigação**

Para o presente estudo, coloca-se a seguinte questão de investigação: Existe efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade e depressão, em pacientes com doenças autoimunes?

### ***Objetivos do Estudo***

A presente investigação propõe-se estudar as variáveis acima mencionadas (stress percebido, depressão, ansiedade e alexitimia), em pessoas com doenças autoimunes. Os objetivos específicos são os seguintes: (1) avaliar como se manifestam as variáveis: stress percebido, alexitimia, ansiedade e depressão em pacientes com doenças autoimunes; (2) analisar a correlação entre o stress percebido, a alexitimia, a ansiedade e a depressão nestes pacientes; (3) avaliar se existe um possível efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade e a depressão em pacientes com doenças autoimunes.

## **Método**

### **Desenho do Estudo**

O presente estudo apresenta um desenho metodológico quantitativo, observacional, porque o investigador não intervém no estudo, apenas estuda, através de instrumentos, acontecimentos que ocorreriam de forma natural, e quais os seus efeitos na amostra; é descritivo uma vez que fornece informações sobre a população a ser estudada; e é transversal porque existe apenas um grupo que é estudado num só momento (Pais-Ribeiro, 2010).

## Participantes

A amostragem do presente estudo é não probabilística por conveniência. A amostra inicial era constituída por 928 participantes, sendo que foram excluídos 112 participantes porque não responderam à totalidade do protocolo, 416 porque não tinham diagnóstico de doença autoimune e 53 por não terem nacionalidade portuguesa. Verifica-se assim que 581 (62,6%) participantes foram excluídos, o que se traduz numa amostra final de 347 sujeitos.

Concomitantemente, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão da amostra: a) nacionalidade portuguesa; b) ter mais de 18 anos e c) ter diagnóstico de pelo menos uma doença autoimune. Os critérios de exclusão foram os seguintes: a) não ter nacionalidade portuguesa; b) não ter diagnóstico de doença autoimune; c) não ter respondido aos questionários completos e d) ter menos de 18 anos.

As características sociodemográficas da amostra ( $N = 347$ ) são apresentadas no Quadro 1, podendo assim verificar-se que a amostra é constituída, maioritariamente, por mulheres ( $n = 304$ ; 87,6%) e que a média de idades corresponde a 39,60 anos ( $DP = 12,36$ ). A totalidade dos participantes é de nacionalidade portuguesa ( $n = 347$ ; 100%) e a maioria dos participantes reside em Lisboa ( $n = 90$ ; 25,9%) e em Évora ( $n = 51$ ; 14,7%). No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes frequentou o ensino superior ( $n = 201$ ; 57,9%) ou o ensino secundário ( $n = 108$ ; 31,1%). Ainda, a maioria dos participantes encontra-se ativo profissionalmente ( $n = 236$ ; 68,0%). Relativamente ao estado civil, os participantes encontram-se casados ( $n = 136$ ; 39,2%) ou solteiros ( $n = 116$ ; 33,4%).

Os dados clínicos dos participantes são apresentados no Quadro 2. A média de tempo de diagnóstico é 10,24 anos ( $DP = 9,28$ ), e a maioria dos participantes tem doença de crohn ( $n = 121$ ; 34,9%), colite ulcerosa ( $n = 58$ ; 16,7%), artrite reumatoide ( $n = 32$ ; 9,2%), esclerose múltipla ( $n = 28$ ; 8,1%), lúpus ( $n = 25$ ; 7,2%), psoríase ( $n = 26$ ; 7,5%) e doenças da tiroide ( $n = 24$ ; 6,8%). No que se refere ao tratamento, os participantes recorrem a imunossuppressores ( $n = 149$ ; 38,3%), terapia biológica e imunomoduladores ( $n = 105$ ; 28%). Contudo, 41 (11,8%) participantes não fazem tratamento. Importa ainda referir que 164 (47,3%) participantes já estiveram em situação de internamento. Adicionalmente, 224 (64,6%) participantes tiveram crises agudas, sendo que estas duraram em média 5,31 meses ( $DP = 8,84$ ). Ainda, 181 (52,2%) participantes têm perturbações mentais associadas como ansiedade ( $n = 112$ ; 32,3%) e depressão ( $n = 103$ ; 29,7%), sendo que 128 (36,9%) têm acompanhamento psicológico.

Quadro 1.

*Características Sociodemográficas (N = 347)*

Variável	<i>n</i>	%
Idade ( <i>M</i> ; <i>DP</i> )	39,60;	12,38
Género		
Feminino	304	87,6
Masculino	43	12,4
Nacionalidade		
Portuguesa	347	100
Localidade de residência		
Braga	24	6,9
Évora	51	14,7
Lisboa	90	25,9
Porto	40	11,5
Setúbal	35	10,1
Habilitações Literárias		
1º ciclo (1º- 4º ano)	3	0,9
2º ciclo (5º- 6º ano)	7	2,0
3º ciclo (7º- 9º ano)	25	7,2
Secundário (10º- 12º ano)	108	31,1
Ensino Superior	201	57,9
Curso Técnico	3	0,9
Situação profissional		
Ativo/a	236	68,0
Baixa médica	6	1,7
Desempregado	28	8,1
Doméstica/pausa por opção	1	0,3
Estudante	42	12,1
Pré-reforma	1	0,3
Reformado/a	28	8,1
Trabalhador-estudante	5	1,4
Estado Civil		
Casado	149	39,6
Divorciado	39	10,4
Solteiro	121	32,2
União de facto	63	16,8
Viúvo	4	1,1

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

Quadro 2.

*Características Clínicas da Amostra (N=347)*

Variável	<i>n</i>	%
Tempo de diagnóstico em anos ( <i>M; DP</i> )	10,24	9,28
Doença		
Artrite psoriática	4	1,2
Artrite reumatoide	32	9,2
Colite ulcerosa	58	16,7
Diabetes tipo I	13	3,7
Doença celíaca	10	2,9
Doença de Crohn	121	34,9
Doenças da tiroide	24	6,9
Esclerose Múltipla	28	8,1
Espondilite Anquilosante	23	6,6
Lupus	25	7,2
Psoríase	26	7,5
Síndrome antifosfolipídico	6	1,7
Síndrome de Sjogren	8	2,3
Vitiligo	3	0,9
Tratamento		
Nenhum	41	11,8
Anticoagulantes	7	2,0
Anti-inflamatórios	89	25,6
Cirurgia	2	0,6
Corticosteroides	64	18,4
Dietas alternativas	7	2,0
Imunossupressores	133	38,3
Imunoglobulinas	6	1,7
Terapia Biológica e imunomoduladores	97	28
Tratamentos Hormonais	21	6,1
Suplementos	8	2,3
Internamento (sim)	164	47,3
Duração crise aguda em meses <sup>a</sup> ( <i>M, DP</i> )	5,31	8,84
Perturbação mental		
Ansiedade	112	32,3
Depressão	103	29,7
Perturbação de pânico	12	3,5
Perturbação Obsessiva Compulsiva	7	2,0
Acompanhamento psicológico (sim)	128	36,9

*Notas.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; [a] Duração de crise aguda calculada para sujeitos que reportaram crise aguda (*n* = 224, 65%)

## **Procedimentos**

Primeiramente procedeu-se ao pedido de autorização aos autores das versões portuguesas para a utilização dos questionários, sendo que o protocolo só foi aplicado após as autorizações terem sido dadas (ver anexo A). Os dados foram recolhidos no período compreendido entre 6 de dezembro de 2020 a 12 de abril de 2021. O protocolo (ver anexo B) foi aplicado através da plataforma *Qualtrics*, sendo que os participantes foram recrutados através da divulgação do questionário em redes sociais e grupos de pessoas com doenças autoimunes, bem como através de email para associações de pessoas com estas doenças. No protocolo constava primeiramente o consentimento informado onde os participantes foram esclarecidos sobre o âmbito da investigação, o tempo de preenchimento, o carácter voluntário da sua participação e a possibilidade de desistência do mesmo sem qualquer prejuízo para o próprio, bem como, a garantia de confidencialidade e anonimato sobre os dados fornecidos pelos participantes. Ainda, no final do consentimento informado constou o contacto da investigadora principal para que o participante pudesse retirar alguma dúvida que tivesse e para pedir qualquer ajuda que necessitassem, nomeadamente no apoio para encontrar associações que lidem com o seu tipo de doença. Após a assinatura do consentimento informado, os participantes preencheram os questionários que constavam no protocolo (ver anexo B).

Adicionalmente, atendendo ao facto de serem pessoas que podiam estar vulneráveis devido ao seu estado de saúde, tentou-se que os questionários não fossem muito extensos, de modo a promover uma maior adesão ao preenchimento completo dos mesmos.

## **Material**

A presente investigação contou com a aplicação de um questionário sociodemográfico e clínico, bem como de três instrumentos de avaliação psicológica (ver anexo B): Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), Perceived Stress Scale (PSS), e Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

**Características sociodemográficas e clínicas.** O questionário sociodemográfico e o questionário clínico foram construídos para a presente investigação, sendo que o primeiro tem como objetivo avaliar a idade, o sexo, a nacionalidade, a localidade de residência, as habilitações literárias, a situação profissional e o estado civil. Ao passo que o segundo tem como objetivo aferir o tempo de diagnóstico, quais as doenças dos participantes, os

tratamentos que estão a fazer (sendo que tinham a opção de escolher vários tratamentos em simultâneo), se já estiveram em situação de internamento, se já tiveram crise aguda, se têm perturbações mentais e se têm acompanhamento psicológico.

**Ansiedade e depressão.** No que se refere à avaliação da ansiedade e depressão recorreu-se à Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) de Zigmond e Snaith (1983), adaptada para a população portuguesa em 2007 por Pais-Ribeiro e colaboradores. Esta escala tem como objetivo ajudar o clínico a reconhecer os componentes emocionais da doença física, atuando como um dispositivo de triagem para ansiedade e depressão em ambiente hospitalar, sendo que demonstrou a sua utilidade na avaliação das mudanças no estado emocional do paciente (Zigmond & Snaith, 1983). É uma escala constituída por 14 itens (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 para ansiedade e 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14 itens para depressão), respondidos numa escala tipo likert de 4 pontos (0- muitas vezes; 3- quase nunca), cuja pontuação final é obtida através da soma dos valores de cada item. As pontuações entre 0 e 7 representam um valor “normal”, entre 8 e 10 um valor “leve”, entre 11 e 14 um valor “moderado” e entre 15 e 21 um valor “severo” de ansiedade ou depressão. Assim, valores mais altos nas pontuações obtidas significam maiores níveis de ansiedade e de depressão. Sendo exemplo de um item desta escala: “1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a”. Relativamente às qualidades psicométricas, o alfa de *Cronbach* para a ansiedade é de 0,76 e o alfa de *Cronbach* para a depressão é de 0,81; o teste-reteste apresenta uma correlação de *Pearson* de 0,46 para a ansiedade e de 0,43 para a depressão (Pais Ribeiro et al., 2007).

**Stress percebido.** Relativamente à avaliação do stress percebido foi utilizada a *Perceived Stress Scale* (PSS) de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), adaptada para a população portuguesa em 2010 por Trigo e colaboradores. Esta escala é unidimensional e tem como objetivo detetar em que grau os indivíduos avaliam situações e/ou estímulos do seu contexto experiencial como stressores (Cohen et al., 1983). Ainda, esta escala é constituída por 10 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0- nunca; 4- muito frequentemente), sendo que os itens 4, 5, 7 e 8 são positivos, pelo que terão de ser invertidos no cálculo da pontuação final, sendo esta é obtida através da soma dos valores de cada item (os resultados totais oscilam entre 0 e 40). Uma pontuação mais elevada significa uma maior perceção de stress percebido. Sendo exemplo de um item desta escala: “1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?”. No que diz respeito às qualidades psicométricas, o alfa de *Cronbach* é de 0,78 (Trigo et., al, 2010).

**Alexitimia.** Para a avaliação da alexitimia, foi utilizada a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) de Bagby, Parker e Taylor (1994), adaptada para a versão portuguesa por Prazeres, Parker e Taylor (2000), com o objetivo de avaliar três fatores concordantes com o construto de alexitimia: dificuldade em identificar sentimentos; dificuldade em descrever sentimentos e pensamento orientado externamente. É uma escala constituída por 20 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1- discordo totalmente; 5- concordo totalmente), notando-se que cinco desses itens (4, 5, 10, 18 e 19) são de cotação inversa. Assim, para obter a nota final são somados os valores atribuídos a cada item, com o cuidado de inverter os itens referidos. Desta forma, pontuações mais altas indicam um maior nível de alexitimia, sendo que pontuações inferiores a 51 indicam baixa alexitimia, pontuações superiores a 61 indicam elevada alexitimia e valores entre 51 e 61 indicam alexitimia borderline. Sendo exemplo de um item desta escala: “1. Fico muitas vezes confuso/a sobre qual a emoção que estou a sentir.”. Relativamente às qualidades psicométricas, o alfa de *Cronbach* é de 0,79; relativamente ao teste-reteste foi encontrado um coeficiente de correlação de *Pearson* de 0,90 (no estudo com três semanas de intervalo) e de 0,86 (no estudo com seis semanas de intervalo) (Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

### **Análise Estatística**

Após serem recolhidos os dados, procedeu-se à sua análise no software Statistical Package for the Social Sciences, versão 26, utilizando um nível de significância de 0,05 ( $\alpha \leq 0,05$ ) para todas as análises estatísticas. Nesta análise, foram calculadas as estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo, máximo), bem como os pressupostos de normalidade. Foi ainda calculado o alfa de *Cronbach* para todas as escalas e sub-escalas em estudo, tendo sido aceites valores acima de 0,70 (Marôco & Garcia, 2006). Ainda, foram correlacionadas as variáveis (ansiedade e depressão, stress percebido e alexitimia) entre si e com as respetivas dimensões, através do coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que as variáveis são ordinais, e esta correlação foi classificada segundo os critérios de Cohen (1988) - baixa ( $r_s \leq 0,29$ ), moderada ( $0,30 \leq r_s \leq 0,49$ ) e alta ( $r_s \geq 0,50$ ).

Posteriormente, recorrendo ao software AMOS, versão 26, para a realização do Modelo de Equações Estruturais, foram testados os modelos de mediação. Primeiro, pretendeu-se estudar a normalidade multivariada das variáveis através dos coeficientes de assimetria ( $Sk |3|$ ) e de curtose ( $Ku|7|$ ) (Marôco, 2014). O método utilizado foi o da Máxima Verossimilhança e a qualidade de ajustamento global dos modelos foi avaliada através do valor

do índice de ajustamento (Marôco, 2014):  $\chi^2/df$ . A qualidade do ajustamento foi avaliada através dos pesos fatoriais ( $\beta \geq 0,50$ ) e pela variância explicada dos modelos ( $R^2 \geq 0,25$ ).

O Qui-Quadrado foi utilizado para avaliar os efeitos diretos, indiretos e totais (Hair et al., 2006), sendo que através de procedimentos de bootstraps gerados a partir de 1000 amostras, foi possível estimar a magnitude e significância dos efeitos mediados e diretos (Preacher & Hayes, 2008).

## Resultados

### Análise Descritiva das Variáveis em Estudo

No Quadro 3 está presente a estatística descritiva, assim como o alfa de *Cronbach* das variáveis psicossociais. Desta forma, a variável ansiedade, obteve uma média de 8,99 ( $DP = 4,31$ ) e a variável depressão obteve uma média de 6,28 ( $DP = 4,05$ ). Relativamente à variável stress percebido, esta obteve uma média de 19,60 ( $DP = 7,42$ ). No que diz respeito à variável alexitimia, a média total obtida foi 55,38 ( $DP = 13,89$ ), sendo que no fator 1 (dificuldade em identificar sentimentos) obteve-se uma média de 20,62 ( $DP = 7,18$ ), no fator 2 (dificuldade em descrever os sentimentos aos outros) a média foi 14,29 ( $DP = 5,04$ ) e no fator 3 (estilo de pensamento orientado para o exterior) obteve-se uma média de 20,47 ( $DP = 4,41$ ).

#### Quadro 3

##### *Análise Descritiva, Normalidade e Consistência Interna das Variáveis Psicossociais (N=347)*

Variável	$\alpha$	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Min	Max
Ansiedade	0,84	8,99	4,31	0,13	-0,56	0	20
Depressão	0,83	6,28	4,05	0,42	-0,19	0	19
Stress Percebido	0,91	19,60	7,42	-0,07	-0,30	1	39
Alexitimia	0,87	55,38	13,89	-0,22	-0,82	22	85
Fator 1a	0,86	20,62	7,18	-0,12	-1,03	7	35
Fator 2b	0,73	14,29	5,04	-0,08	-0,84	5	25
Fator 3c	0,52	20,47	4,41	-0,33	-0,11	8	32

*Notas.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; [a] Fator 1: dificuldade em identificar sentimentos; [b] Fator 2: dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; [c] Fator 3: estilo de pensamento orientado para o exterior.

## Correlações Entre Variáveis

Verificou-se a normalidade e a homogeneidade das variáveis (Sk<|3|; Ku<|7|), de seguida aferiu-se a correlação das diferentes variáveis psicossociais entre si e com as respetivas dimensões. Desta forma, de acordo com o Quadro 4, verificou-se que todas as variáveis se encontram correlacionadas significativamente entre si, sendo que a alexitimia tem uma correlação significativa e positiva com a ansiedade ( $r_s = 0,54$ ;  $p \leq 0,001$ ) e com a depressão ( $r_s = 0,50$ ;  $p \leq 0,001$ ). Verificou-se também uma correlação positiva e significativa entre o stress percebido e as restantes variáveis, nomeadamente, ansiedade ( $r_s = 0,75$ ;  $p \leq 0,001$ ), depressão ( $r_s = 0,65$ ;  $p \leq 0,001$ ) e alexitimia ( $r_s = 0,52$ ;  $p \leq 0,001$ ). As restantes correlações entre as escalas e subescalas encontram-se no Quadro 4.

### Quadro 4

Correlações de Spearman ( $N = 347$ )

Variáveis	2.	3.	4.	4.1	4.2	4.3
1. Ansiedade	0,65***	0,75***	0,54***	0,58***	0,46***	0,21***
2. Depressão	-	0,65***	0,50***	0,46***	0,43***	0,34***
3. Stress Percebido		-	0,52***	0,55***	0,46***	0,20***
4. Alexitimia			-	0,91***	0,85***	0,67***
4.1. Fator 1a				-	0,71***	0,42***
4.2. Fator 2b					-	0,40***
4.3. Fator 3c						-

Notas. \*\*\* $p \leq 0,001$  [a] Fator 1: Dificuldade Em Identificar Sentimentos; [b] Fator 2: Dificuldade Em Descrever Os Sentimentos Aos Outros; [c] Fator 3: Estilo de Pensamento Orientado Para o Exterior.

## Efeitos de Mediação

No âmbito desta investigação foram realizados dois modelos de mediação, recorrendo-se a um estimador de mínimos quadrados não ponderado. O primeiro pretendia avaliar o efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a depressão e o segundo pretendia avaliar o efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade. Ambos os modelos revelaram ser significativos ( $p \leq 0,001$ ) com todas as trajetórias significativas.

Em particular, no modelo de avaliação do efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a depressão, o stress percebido ( $\beta_{\text{stress percebido}} = 0,564$ ;  $p \leq 0,001$ ) e a alexitimia ( $\beta_{\text{alexitimia}} = 0,206$ ;  $p \leq 0,001$ ) têm um efeito direto e significativo na depressão, com uma variância explicada de 48%. Adicionalmente, quando controlados os efeitos da

alexitimia, o efeito total (i.e., efeito direto com mediador) e o efeito indireto do stress percebido na depressão, foram significativos. Isto indica que a alexitimia medeia parcialmente a relação entre o stress percebido e a depressão (Figura 1 e Quadro 5).

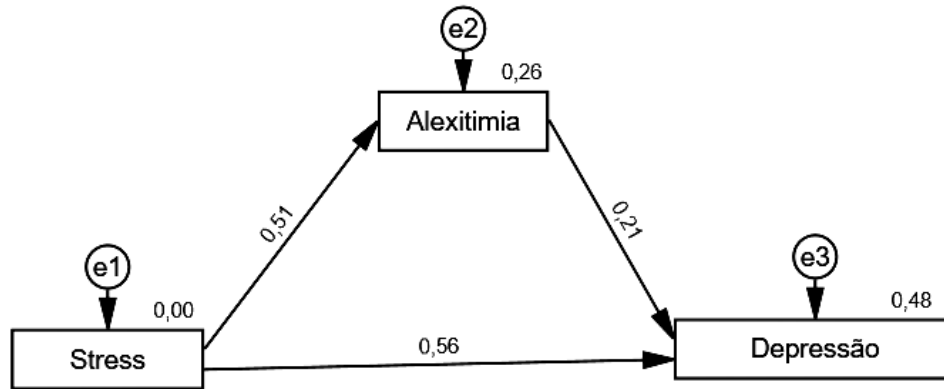


Figura 1. Modelo de Mediação da Alexitimia na Relação entre o Stress Percebido e a Depressão.

Quadro 5

*Mediação da Alexitimia na Relação entre o Stress Percebido e a Depressão*

	Efeito Direto (sem mediador) (SE)	90% CI	p-value	Efeito Total (com mediador) (SE)	90% CI	p-value	Efeito Indireto (SE)	90% CI	p-value
Stress percebido	0,669	[0,616; 0,721]	0,010	0,669	[0,616; 0,721]	0,010	0,105	[0,063; 0,154]	0,009
Alexitimia	0,206	[0,126; 0,298]	0,009	0,206	[0,126; 0,298]	0,009	_____	_____	_____

Quanto ao modelo de avaliação do efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade, o stress percebido ( $\beta_{\text{stress percebido}} = 0,623; p \leq 0,001$ ) e a alexitimia ( $\beta_{\text{alexitimia}} = 0,217; p \leq 0,001$ ) têm um efeito direto e significativo na ansiedade, com uma variância explicada de 57%. Concomitantemente, quando controlados os efeitos da alexitimia, o efeito total (i.e., efeito direto com mediador) e o efeito indireto do stress

percebido na ansiedade, foram significativos. Isto indica que a alexitimia medeia parcialmente a relação entre o stress percebido e a ansiedade (Figura 2 e Quadro 6).

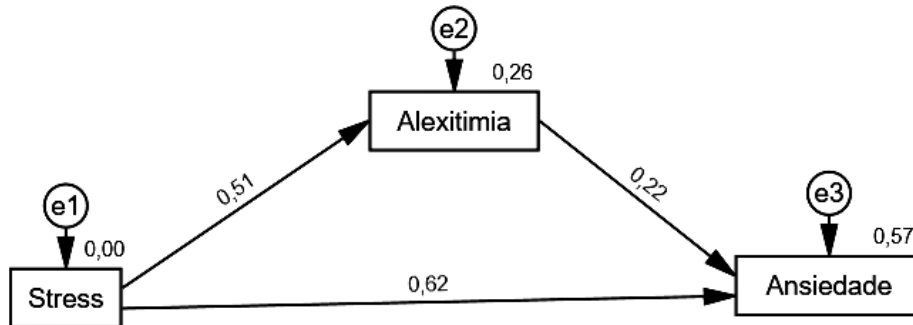


Figura 2. Modelo de Mediação da Alexitimia na Relação entre o Stress Percebido e a Ansiedade.

Quadro 6

Mediação da Alexitimia na Relação Entre Stress Percebido e Ansiedade

	Efeito Direto (sem mediação) (SE)	90% CI	p-value	Efeito Total (com mediador) (SE)	90% CI	p-value	Efeito Indireto (SE)	90% CI	p-value
Stress Percebido	0,734	[0,701; 0,779]	0,005	0,734	[0,701; 0,779]	0,005	0,111	[0,070; 0,147]	0,023
Alexitimia	0,535	[0,461; 0,595]	0,019	0,217	[0,152; 0,277]	0,018	_____	_____	_____

## Discussão

A presente investigação teve como objetivo compreender como se manifestam o stress percebido, a alexitimia, a ansiedade e a depressão em pacientes com doenças autoimunes, e avaliar a possibilidade de existência de um efeito mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido, e a depressão e a ansiedade nestes pacientes.

No presente estudo é possível observar que o nível de ansiedade da amostra foi leve e o nível de depressão normal. Estes dados são semelhantes aos resultados encontrados em outros estudos com uma população semelhante, nomeadamente, pessoas com lúpus

eritematoso sistémico (Magro & Borg, 2018; Wiśniewski & Zabłocka-Żytka, 2021) e com esclerose múltipla (Carnero Contentti et al., 2021; Palm et al., 2018; Tauil et al., 2021). Ainda, é possível observar na literatura estudos em que tanto os níveis de ansiedade como de depressão são normais (à semelhança da presente investigação em que se verificaram níveis de depressão normais), em amostras de sujeitos com doenças auto-imunes, nomeadamente pessoas com lúpus eritematoso sistémico (Chen et al., 2022; Yilmaz-Oner, 2017), com artrite reumatoide (Gica et al., 2019; Michel, et al., 2016; Pukšić et al., 2021; Yayikci & Karadag, 2019), com psoríase (Demirci et al., 2020) e com doença inflamatória intestinal, colite ulcerosa e doença de crohn (Opheim et al., 2020). Adicionalmente, é ainda possível observar na literatura estudos que referem um nível de ansiedade reduzido semelhante ao verificado no presente estudo numa amostra de sujeitos com artrite reumatoide (Vitturi, et al., 2019) e com artrite psoriática (Gezer et al., 2017). Estes níveis de ansiedade e depressão podem ser explicados pelo facto de na presente investigação a amostra se encontrar profissionalmente ativa, o que proporciona alguma estabilidade financeira o que, por sua vez, pode potenciar a diminuição de ansiedade e depressão. Estes baixos níveis de ansiedade e depressão podem dever-se ao facto de mais de metade das pessoas que relataram ter perturbações psicológicas como ansiedade e depressão já estão a ter acompanhamento psicológico. Além disso, podem também dever-se ao tempo de diagnóstico superior a 10 anos, ou seja, o tempo de vivência da doença leva a que os sujeitos desenvolvam estratégias mais adaptativas para lidar com a doença e, portanto, apresentam níveis de ansiedade e depressão mais baixos (Isik et al., 2007).

No que concerne ao stress percebido, observa-se que a média é semelhante à encontrada noutros estudos com pacientes com doenças autoimunes, ou seja, verifica-se um nível de stress percebido moderado na amostra deste estudo e também em estudos com pessoas com lúpus eritematoso sistémico (Kim et al., 2019; Palagini, et al., 2016; Plantinga et al., 2017; Sun et al., 2019), com esclerose múltipla (Altunan et al., 2021; Khedr et al., 2022; Kołtuniuk et al., 2021) e com psoríase (Fordham et al., 2015; Jensen et al., 2018). Este nível de stress percebido pode ser justificado pelo facto de as doenças autoimunes serem crónicas e alternarem várias vezes entre a fase aguda e a fase de remissão ao longo do tempo.

Relativamente à alexitimia a média encontrada na presente investigação é semelhante à média encontrada em outros estudos com pessoas com doenças autoimunes, ou seja, um valor de alexitimia borderline (intermédio), especificamente, em pacientes com lúpus eritematoso sistémico (Barbosa et al., 2009), com artrite reumatoide (Karahan et al., 2016; Ziarko et al., 2021), esclerose sistémica (Dattolo et al., 2021), psoríase (Larsen et al., 2022; Richards et al. 2005) e alopecia areata (Mostaghimi et al., 2021; Picardi et al., 2003, Sellami,

et al., 2014). Este valor intermédio de alexitimia pode ser explicado pelo facto de a amostra do presente estudo ser constituída maioritariamente por mulheres, uma vez que a literatura defende a associação entre valores superiores de alexitimia no sexo masculino (Karahan et al., 2016). A idade é também um fator que pode influenciar os níveis de alexitimia, nomeadamente em idades mais avançadas verificam-se níveis mais altos de alexitimia (Karahan et al., 2016), sendo que na amostra deste estudo a média de idades é próxima dos 40 anos, justifica-se um nível intermédio desta variável. Verifica-se ainda na literatura que as habilitações literárias dos sujeitos se encontram negativamente associadas ao nível de alexitimia, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade menores os níveis de alexitimia (Karahan et al., 2016). Assim, como os sujeitos da presente amostra frequentaram o ensino superior, pode justificar os níveis mais baixos de alexitimia.

No âmbito dos objetivos específicos, procedeu-se à análise das correlações entre as variáveis, sendo que se verificou uma correlação positiva e significativa entre todas as variáveis. Isto vai ao encontro de outros estudos com pacientes com doenças auto-imunes, nomeadamente pacientes com lúpus eritematoso sistémico (Ratanasiripong & Ratanasiripong, 2020; Sumner et al., 2019), miastenia grave (Bogdan et al., 2019) e diabetes (Shahi & Mohammadyfar, 2017), que observaram uma correlação positiva e significativa entre o stress percebido e a depressão, ou seja, maiores níveis de stress percebido estão associados a maiores níveis de depressão, sendo que o mesmo se verificou no presente estudo. Este resultado pode ser explicado devido à cronicidade das doenças autoimunes e pela oscilação entre fases de crise aguda e fases de remissão, que potencia o stress percebido e aumenta concomitantemente os níveis de depressão. Resultados semelhantes verificaram-se também na relação entre ansiedade e depressão, ou seja, uma correlação positiva e significativa, nomeadamente em pacientes com lúpus eritematoso sistémico (Chen et al., 2022; Fonseca et al., 2014). Segundo Chen e colaboradores (2022), os sintomas da doença têm um papel fundamental nesta associação uma vez que quanto mais sintomas da doença estiverem presentes maiores serão os níveis de ansiedade e depressão.

É ainda possível observar uma correlação positiva e significativa entre a alexitimia e o stress percebido, ou seja, quanto maiores os níveis de alexitimia, maiores serão os níveis de stress percebido. Este resultado é congruente com a literatura em pacientes com psoríase, vitiligo, e alopecia areata (Dehghani e et al., 2017; Willemsen et al., 2008) e com doença de Ménière (Teggi et al., 2021), que defende que pessoas com alexitimia terão mais dificuldades

em lidar com o stress percebido e mais dificuldades na expressão das emoções, pelo que estão em maior risco de desenvolver doenças autoimunes (Pityk et al., 2017).

Observa-se ainda na presente investigação uma correlação positiva e significativa entre a alexitimia e a ansiedade e a depressão, consistente com estudos anteriores (Gao et al., 2018; Willemsen et al., 2008). Esta associação pode dever-se à dificuldade em aceder, identificar e expressar as emoções e os sentimentos relacionados com a vivência da doença autoimune, sendo que a não identificação e expressão emocional para com a rede de suporte pode contribuir para sintomas de ansiedade e depressão, culminando em psicopatologia, não raras vezes (Teggi et al., 2021).

Na presente investigação foram realizados dois modelos de mediação, sendo que o primeiro pretendia avaliar o efeito mediador da alexitimia na relação entre stress percebido e depressão e o segundo modelo de mediação, este tinha como objetivo avaliar o papel mediador da alexitimia na relação entre stress percebido e ansiedade.

Relativamente ao primeiro modelo verificou-se o efeito de mediação parcial da alexitimia na relação entre stress percebido e depressão, com uma variância explicada da depressão em 48%, ou seja, a manifestação da variável dependente, neste caso a depressão é explicada em 48% pelas variáveis stress e alexitimia e pela relação entre elas. Isto vai ao encontro da literatura que defende a associação entre stress percebido e depressão em pacientes com lúpus eritematoso sistémico (Ratanasiripong & Ratanasiripong, 2020; Sumner et al., 2019), diabetes (Alla et al., 2022), artrite reumatoide (Alla et al., 2022) e alopecia areata (Mulinari-Brenner, 2018), e concomitantemente defende a relação entre alexitimia e depressão em pacientes com lúpus eritematoso sistémico (Barbosa et al., 2011), vitiligo (Willemsen et al., 2008), psoríase (Willemsen et al., 2008), alopecia areata (Willemsen et al., 2008), artrite reumatoide (Larice et al., 2020) e doenças inflamatórias intestinais (Boye et al., 2008).

Ainda, a literatura, apesar de diminuta, defende o papel mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a depressão, nomeadamente em indivíduos que percecionam mais stress percebido, observam-se também maiores níveis de depressão, sendo esta relação aumentada pela presença de alexitimia, ou seja, um menor nível de alexitimia faz diminuir a relação e um maior nível de alexitimia faz aumentar a relação entre o stress percebido e a depressão (Li et al., 2022). Assim, os resultados do presente estudo podem ser explicados pelo facto de indivíduos com alexitimia perdem o controlo de seu sistema cognitivo emocional, o que resulta no comprometimento do mesmo, enfraquece o ajustamento emocional, o processamento cognitivo emocional, a concentração e a capacidade de processar e avaliar

situações de stress percebido, o que, por sua vez, pode culminar em quadros depressivos (Li et al., 2022). Isto é, indivíduos com alexitimia não têm mecanismos de regulação emocional e coping eficazes devido à sua consciência e expressão emocional prejudicadas e, portanto, experienciam respostas prolongadas ao stress percebido, aumentando consequentemente a depressão (Honkalampi et al., 2000; Li et al., 2022; Tolmunen et al., 2011). Especificamente, os pacientes com doenças autoimunes e alexitimia tendem a não conseguir lidar de forma adaptativa com situações indutoras de stress percebido. E, as doenças autoimunes podem representar um conjunto de estímulos stressantes que desafiam a adaptação do paciente, entre os quais, a cronicidade da doença, a sua cura não conhecida, diversos tratamentos continuados ao longo da vida, ciclo de crise e remissão dos sintomas, etc. (Bardazzi, 2021). Para além disso, estes pacientes podem ficar sem emprego repentinamente devido à doença e podem ter de ficar em registo de internamento hospitalar durante longos períodos de tempo, como é o caso da amostra do presente estudo onde cerca de metade dos participantes relata ter estado em situação de internamento e refere vários meses de duração de crise aguda, exacerbando-se assim a depressão, quando comparados com pessoas sem doenças autoimunes (Nekouei et al., 2014; Shahi & Mohammadyfar, 2017).

No que concerne ao segundo modelo verificou-se o efeito de mediação parcial da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade, com uma variância explicada da ansiedade de 57%, ou seja, a manifestação da variável dependente, neste caso a ansiedade é explicada em 57% pelas variáveis stress e alexitimia e pela relação entre elas. Este modelo é suportado pela literatura que defende a associação entre stress percebido e ansiedade em pacientes com lúpus eritematoso sistémico (Ratanasiripong, & Ratanasiripong, 2020; Sakr, et al, 2022) e alopecia areata (Mostaghimi et al, 2021), e simultaneamente defende a relação entre alexitimia e ansiedade em pacientes com lúpus eritematoso sistémico (Barbosa et al., 2011), doenças inflamatórias intestinais (Boye et al., 2008), e artrite reumatoide (Larice et al., 2020).

Neste sentido, a literatura, apesar de limitada, defende o papel mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade, especificamente, Li e colaboradores (2022) defendem que pacientes que percecionam mais stress percebido, apresentam também maiores níveis de ansiedade, sendo que esta relação é aumentada pela presença de alexitimia, ou seja, um menor nível de alexitimia faz diminuir a relação e um maior nível de alexitimia faz aumentar a relação entre o stress percebido e a ansiedade (Li et al., 2022). Desta forma, os resultados da presente investigação podem ser justificados por fatores como o curso imprevisível das doenças autoimunes e o facto de as pessoas terem de aprender a conviver

com os sintomas das mesmas, o que leva ao aparecimento de tristeza e muitas preocupações, conduzindo ao aparecimento de stress percebido e de ansiedade. Sendo que na presença de alexitimia e, portanto, dificuldade em identificar e expressar sentimentos e emoções, pode agravar a gestão da doença e a auto-regulação das emoções relacionadas com a mesma, potenciando sintomas psicológicos em resposta ao stress. Para além disso, uma rede de suporte insatisfatória pode intensificar o sentimento de incompreensão dos pacientes, sobrestimando os sintomas da doença e agravando o quadro psicopatológico (Grytten & Måseide, 2006; Torre et al., 2022).

Em última instância importa ainda referir um fator importante, nomeadamente o contexto pandémico que se vive atualmente (e mais especificamente no momento de recolha dos dados) que tem um impacto negativo na população em geral, mas é mais impactante nas pessoas com doenças autoimunes, devido ao enfraquecimento do sistema imunitário que, segundo Fitzgerald e colaboradores (2022), torna os pacientes com doenças autoimunes mais vulneráveis ao vírus. Além disto, devido ao isolamento social, potenciado pelo confinamento, as pessoas com esta patologia encontram-se mais sozinhas do que o normal e com menos suporte social, o que pode conduzir a um aumento dos níveis de stress percebido, ansiedade e depressão. Concomitantemente, os indivíduos que tenham alexitimia e, portanto, dificuldades na identificação e expressão de emoções, estão ainda mais isolados, o que pode exacerbar a manifestação das restantes variáveis psicológicas (stress percebido, depressão e ansiedade) (Bik-Multanowska et al., 2022).

### **Limitações e Estudos Futuros**

Ao longo do desenvolvimento da presente investigação, foram identificadas algumas limitações que podem ter influenciado os resultados. Primeiramente, verificou-se a heterogeneidade da amostra, tendo em consideração que a amostra é maioritariamente feminina, com o ensino superior e jovem. Estas características, assim como o tempo desde diagnóstico e a duração da crise aguda, limitam a generalização dos resultados para a população portuguesa com doenças autoimunes.

No que concerne ao tempo de diagnóstico, apesar de ser um tempo médio (i.e., 10 anos), este não abrange pessoas que têm o diagnóstico há menos tempo e que consequentemente podem ter uma maior gravidade dos sintomas psicológicos comparativamente com pessoas que têm o diagnóstico há mais tempo e já desenvolveram estratégias para lidar com a doença, uma vez que se o indivíduo mantiver ajustamento à

doença adequado, é expectável que, com a passagem do tempo, consiga adquirir melhores estratégias para lidar melhor com os estímulos stressantes derivados da doença (i.e., crises, internamentos, nova medicação, entre outros). No mesmo sentido, o facto de não ter sido controlado se os indivíduos estavam em crise aguda ou em fase de remissão pode também ter influenciado as respostas dadas, uma vez que numa crise aguda a ansiedade, depressão e stress percebido estariam mais elevadas do que em fase de remissão.

Para estudos futuros sugere-se a inclusão de questões relacionadas com hábitos e estilos de vida (i.e., consumo de tabaco, prática de atividade ou exercício físico), uma vez que são fatores que podem estar relacionados com as condições avaliadas neste estudo (i.e., ansiedade e depressão). Nomeadamente a prática de atividade física está relacionada com índices de depressão, ansiedade e stress percebido mais baixos (Kandola et al., 2018; Paolucci et al. 2018) e está também associada à redução de sintomas das doenças autoimunes, devido ao impacto anti-inflamatório do exercício físico e da redução de citocinas anti-inflamatórias, como por exemplo, na psoríase (Nowowiejska, 2022).

Adicionalmente, o presente estudo é transversal, uma vez que existe apenas um grupo que é estudado num só momento, pelo que se evidencia a necessidade de se realizarem estudos longitudinais, em estudos futuros, de modo dar continuidade à exploração dos fatores que influenciam o stress percebido, a ansiedade, a depressão e a alexitimia em pessoas com doenças autoimunes, ao longo do tempo e da evolução da doença.

Por fim, verificou-se que os níveis de depressão e ansiedade encontrados na amostra do presente estudo são normais (ausência de depressão clinicamente significativa) e leves, respetivamente, pelo que seria pertinente em estudos futuros a recolha de uma amostra mais heterogénea relativamente aos níveis de ansiedade e depressão, de modo que seja possível avaliar abranger pacientes com níveis mais elevados destas variáveis.

### **Considerações Finais e Implicações Clínicas e Práticas**

O presente estudo propôs-se estudar não só a correlação entre as variáveis, stress percebido, ansiedade, depressão e alexitimia, mas também o papel mediador da alexitimia na relação entre o stress percebido e a ansiedade e na relação entre o stress percebido e a depressão. Assim, apesar das limitações apontadas e que deverem ser tidas em linha de conta em estudos futuros, foram verificadas correlações significativas entre as variáveis e os

modelos de mediação propostos foram também significativos, verificando-se uma mediação parcial em cada um dos modelos.

Neste sentido, verificou-se que a alexitimia media parcialmente a relação entre o stress percebido e a depressão, bem como entre o stress percebido e a ansiedade, ou seja, quando a alexitimia está presente a relação entre o stress percebido e a depressão aumenta, sendo que o mesmo se verifica com a relação entre o stress percebido e a ansiedade. Isto vai ao encontro da literatura, uma vez que pessoas com alexitimia não têm os mecanismos para lidar adequadamente com situações indutoras de stress percebido, o que leva a um aumento de emoções negativas, como depressão e ansiedade (Nekouei et al., 2014). Contudo, em estudos anteriores foi avaliado o papel da ansiedade e depressão em pacientes com doenças autoimunes, bem como o papel do stress percebido e da alexitimia de forma isolada. Assim, o presente estudo vem contribuir de forma inovadora em Portugal com a perspectiva de que estas variáveis devem ser estudadas em conjunto, de modo que seja possível avaliar os possíveis efeitos entre elas e não apenas o estudo da existência de cada uma delas de forma isolada.

No que concerne às implicações práticas, o presente estudo possibilitou a compreensão do papel central da alexitimia em pacientes com doenças autoimunes. Especificamente, se o paciente sofrer de uma doença autoimune e apresentar níveis de stress percebido e depressão ou ansiedade elevados, a presença de alexitimia vai aumentar essa relação. No entanto, se existir uma intervenção junto das pessoas com alexitimia, o stress percebido, a depressão e a ansiedade vão diminuir, porque as pessoas estarão mais aptas para identificar e expressar as suas emoções e consequentemente irão lidar melhor com a doença.

Neste sentido, com os resultados da presente investigação, foi possível compreender que a alexitimia media parcialmente a relação do stress percebido com a ansiedade e a depressão, sendo que isto pode indicar que nestes doentes, nos quais o stress percebido pode ser causado ou agravado pela doença e fatores inerentes à mesma, uma maior identificação e expressão emocional poderá potenciar uma gestão de stress percebido mais adequada e consequentemente menos ansiedade e menos depressão. Consequentemente, os cuidados multidisciplinares a estes doentes devem estar centrados não apenas no controlo dos sintomas, mas também na identificação e na expressão das emoções, de modo a contribuir para uma melhor gestão de stress percebido. Assim, esta identificação e expressão emocional pode ser potenciada por psicólogos, em contexto de psicoterapia individual e psicoterapia de grupo, mas também por outros profissionais de saúde, aquando do contacto com o paciente.

Paralelamente, intervenções médicas e psicológicas que incluam o familiar ou o cuidador, poderão também facilitar uma maior identificação e expressão emocional para com o seu familiar, nestes doentes.

## Referências

- Adams, S. K., Tran, D. D., Lofgren, I., Erickson, P. G., Erickson, S., & Ewing, S. W. F. (2021). The psychological burden of diabetes: Using evidence-based treatment to support clients in psychotherapy. *Practice Innovations*. <http://dx.doi.org/10.1037/pri0000159>
- Alla, A. M. A., El-Br Hussein, R. A., Sehlo, M. G., Metwally, E. T. A., & El-Saied, E. A. (2022). Important Notes and Influences of Stress: Review Article. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 87, 2224–2227.
- Altunan, B., Unal, A., Bingöl, A., Dilek, F., & Girgin, D. (2021). Coping with stress during the first wave of the COVID-19 pandemic by Turkish people with Multiple Sclerosis: The relationship between perceived stress and quality of life. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.msard.2021.103039>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Amorim, R., & Guerra, M. P. (2018). Influência da personalidade Tipo D na qualidade de vida da doença inflamatória intestinal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 47(2), 53–69. <http://dx.doi.org/10.21865/RIDEP47.2.04>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Barbasio, C., Vagelli, R., Marengo, D., Querci, F., Settanni, M., Tani, C., Mosca, M., & Granieri, A. (2015). Illness perception in systemic lupus erythematosus patients: The roles of alexithymia and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 63, 88–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.09.004>
- Barbosa, F., Mota, C., Alves, M., Alcântara, C., Rossiñol, B., Patrício, P., Barbosa, A., Ferreira, C., & Ferreira, C. (2009). Alexithymia in systemic lupus erythematosus patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1173(1), 227-234. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04640.x>

- Bardazzi, F., Loi, C., Chessa Marco, A., Di Altobrando, A., Filippi, F., Lacava, R., Viviani, F., Balestri, R., Leuzzi, M., & Sacchelli, L. (2021). Therapeutic approaches and targets for treatment of autoimmune bullous diseases. *Dermatologic Therapy*, 34(5). <http://dx.doi.org/10.1111/dth.15032>
- Beckerman, N. L., Auerbach, C., & Blanco, I. (2011). Psychosocial dimensions of SLE: implications for the health care team. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 4, 63. <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S19303>
- Bhan, A. K., Mizoguthi, E., Smith, R. N., & Mizoguchi, A. (1999). Colitis in transgenic and knockout animals as models of human inflammatory bowel disease. *Immunological reviews*, 169(1), 195-207. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-065x.1999.tb01316.x>
- Bhatt, S., Mitra, M., Shrivastava, P., & Janghel, G. (2015). Auto-immune diseases and their psychosocial risk factors: a review. *International Journal of Recent Scientific Research*, 6(11), 7171-7177.
- Bickerstaff, M. C., Botto, M., Hutchinson, W. L., Herbert, J., Tennent, G. A., Bybee, A., Mitchell, D. A., Cook, H. T., Butler, P. J., Walport, M. J., & Pepys, M. B. (1999). Serum amyloid P component controls chromatin degradation and prevents antinuclear autoimmunity. *Nature medicine*, 5(6), 694–697. <http://dx.doi.org/10.1038/9544>
- Bik-Multanowska, K., Mikocka-Walus, A., Fernando, J., & Westrupp, E. (2022). Mental distress of parents with chronic diseases during the COVID-19 pandemic in Australia: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110688>
- Bogdan, A., Barnett, C., Ali, A., AlQwaifly, M., Abraham, A., Mannan, S., & Bril, V. (2019). Chronic stress, depression and personality type in patients with myasthenia gravis. *European journal of neurology*, 27(1), 204-209. <http://dx.doi.org/10.1111/ene.14057>
- Boland, R. J., Verduin, M. L., Ruiz, P., & Sadock, B. J. (2021). Anxiety Disorders. In *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (12<sup>a</sup>). United States: Wolters Kluwer.
- Boye, B., Jahnsen, J., Mogleby, K., Leganger, S., Jantschek, G., Jantschek, I., Kunzendorf, S., Benninghoven, D., Wilhelmsen, I., Sharpe, M., Blomhoff, S., Malt, U. F., & Lundin, K. E. A. (2008). The INSPIRE study: Are different personality traits related to

- disease-specific quality of life (IBDQ) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease?. *Inflammatory Bowel Diseases*, 14(5), 680–686.  
<http://dx.doi.org/10.1002/ibd.20367>
- British Society for Immunology (2016). *Autoimmunity*. Immunology.  
<https://www.immunology.org/sites/default/files/autoimmunity-briefing.pdf>
- Byrne, G., Rosenfeld, G., Leung, Y., Qian, H., Raudzus, J., Nunez, C., & Bressler, B. (2017). Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1–6.  
<http://dx.doi.org/10.1155/2017/6496727>
- Carnero Contentti, E., Adrián López, P., Pettinicchi, J. P., Tkachuk, V., Balbuena, M. E., & Caride, A. (2021). Employment status in people with relapsing multiple sclerosis from Argentina: Impact of disability and neuropsychological factors. *Work*, 1–7.  
<http://dx.doi.org/10.3233/wor-213446>
- Chapman, Z., Shuttleworth, C. M. J., & Huber, J. W. (2014). High levels of anxiety and depression in diabetic patients with Charcot foot. *Journal of foot and ankle research*, 7(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/1757-1146-7-22>
- Chahraoui, K., Pinoit, J.-M., Viegas, N., Adnet, J., Bonin, B., & Moreau, T. (2008). Alexithymie et liens avec la dépression et l'anxiété dans la sclérose en plaques. *Revue Neurologique*, 164(3), 242–245. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2007.09.006>
- Chatzi, L., Bitsios, P., Solidaki, E., Christou, I., Kyrilaki, E., Sfakianaki, M., Kogevinas, M., Kefalogiannis, N., & Pappas, A. (2009). Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 307–313.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.011>
- Chen, H.-J., Wang, H., Qiu, L.-J., Ling, H.-Y., Wu, L.-L., Wang, T.-R., Zhou, Y., Xue, Y., Ye, D.-Q., & Wang, B. (2022). Relation Among Anxiety, Depression, Sleep Quality and Health-Related Quality of Life Among Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Path Analysis. *Patient Preference & Adherence*, 16, 1351–1358.  
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S366083>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis* (2nd ed.). Hillsdale NJ: Erlbaum.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396. <http://dx.doi.org/10.2307/2136404>
- Correia, D. (2014). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel
- Davidson, A., & Diamond, B. (2001). Autoimmune diseases. *New England Journal of Medicine*, 345(5), 340-350.
- Dattolo, A., Samela, T., Abeni, D., Pallotta, S., & Sampogna, F. (2021). Multi-Method Approach in the Assessment of Alexithymia in Patients With Scleroderma: Use of Two Different Tools. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–10. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.696345>
- Dehghani, F., Dehghani, F., Kafaie, P., & Taghizadeh, M. R. (2017). Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian journal of psychiatry*, 25, 42-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.011>
- Demirci, O., Ates, B., Sagaltici, E., Ocak, Z., & Altunay, I. (2020). Association of the attachment styles with depression, anxiety, and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatologica Sinica*, 38(2), 81–87. [http://dx.doi.org/10.4103/ds.ds\\_35\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/ds.ds_35_19)
- Du, X., Zhao, Q., Zhuang, Y., Chen, H., & Shen, B. (2018). Fatigue of systemic lupus erythematosus in China: contributors and effects on the quality of life. *Patient preference and adherence*, 12, 1729. <http://dx.doi.org/10.2147/ppa.s170984>
- Duan, L., Rao, X., & Sigdel, K. R. (2019). Regulation of inflammation in autoimmune disease. *Journal of immunology research*, 2019. <http://dx.doi.org/10.1155/2019/7403796>
- Fauci, A. S. (1983). Corticosteroids in autoimmune disease. *Hospital Practice*, 18(10), 99–114. <http://dx.doi.org/10.1080/21548331.1983.11702661>
- Fitzgerald, K. C., Mecoli, C. A., Douglas, M., Harris, S., Aravidis, B., Albayda, J., Sotirchos, E. S., Hoke, A., Orbai, A.-M., Petri, M., Christopher-Stine, L., Baer, A. N., Paik, J. J., Adler, B. L., Tiniakou, E., Timlin, H., Bhargava, P., Newsome, S. D., Venkatesan, A., Chaudhry, V., Lloyd, T., Pardo, C., Stern, B., Lazarev, M., Truta, B., Saidha, S., Chen, E., Sharp, M., Gilotra, N., Kasper, E., Gelber, A., Bingham E., Shah, A., Mowry, E. (2022). Risk Factors for Infection and Health Impacts of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in People With Autoimmune Diseases. *Clinical Infectious Diseases*, 74(3), 427–436. <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab407>

- Fonseca, R., Bernardes, M., Terroso, G., De Sousa, M., & Figueiredo-Braga, M. (2014). Silent Burdens in Disease: Fatigue and Depression in SLE. *Autoimmune Diseases*, 2014, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/790724>
- Fordham, B., Griffiths, C. E. M., & Bundy, C. (2015). A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(1), 121–127. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.902483>
- Fournier, A., Mondillon, L., Luminet, O., Canini, F., Mathieu, N., Gauchez, A. S., Dantzer, C., Bonaz, B., & Pellissier, S. (2020). Interoceptive Abilities in Inflammatory Bowel Diseases and Irritable Bowel Syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 1–13. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00229>
- Fuller-Thomson, E., Lateef, R., & Sulman, J. (2015). Robust Association Between Inflammatory Bowel Disease and Generalized Anxiety Disorder. *Inflammatory Bowel Diseases*, 1. <http://dx.doi.org/10.1097/mib.0000000000000518>
- Gao, T., Li, J., Zhang, H., Gao, J., Kong, Y., Hu, Y., & Mei, S. (2018). The influence of alexithymia on mobile phone addiction: The role of depression, anxiety and stress. *Journal of affective disorders*, 225, 761-766. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.020>
- Gezer, O., Batmaz, İ., Sariyildiz, M. A., Sula, B., Ucmak, D., Bozkurt, M., & Nas, K. (2017). Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 20(9), 1212–1218. <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.12505>
- Gica, Ş., Akkubak, Y., Aksoy, Z. K., Küçük, A., & Cüre, E. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on psychology and disease activity in patients with ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 51(4), 1631–1639. <http://dx.doi.org/10.3906/sag-2011-188>
- Goodhand, J. R., Wahed, M., Mawdsley, J. E., Farmer, A. D., Aziz, Q., Rampton, D. S. (2012). Mood disorders in inflammatory bowel disease: Relation to diagnosis, disease activity, perceived stress, and other factors. *Inflammatory Bowel Diseases*, 18(12), 2301- 2309. <http://dx.doi.org/10.1002/ibd.22916>.
- González de Rivera, J., & Monterrey A. (2009). Psicobiología de la depresión. In A. Belloch, B. Sandín, & Ramos, F. (Ed.) *Manual de Psicopatología*. Vol II, Edición revisada. Madrid: McGraw-Hill.

- Grant, I., Brown, G. W., Harris, T., McDonald, W. I., Patterson, T., & Trimble, M. R. (1989). Severely threatening events and marked life difficulties preceding onset or exacerbation of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *52*(1), 8-13. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.52.1.8>
- Grytten, N., & Måseide, P. (2006). 'When I am together with them I feel more ill.' The stigma of multiple sclerosis experienced in social relationships. *Chronic Illness*, *2*(3), 195–208. <http://dx.doi.org/10.1177/17423953060020030101>
- Hägglöf, B., Blom, L., Dahlquist, G., Lönnberg, G., & Sahlin, B. (1991). The Swedish childhood diabetes study: indications of severe psychological stress as a risk factor for type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus in childhood. *Diabetologia*, *34*(8), 579-583. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00400277>
- Hair, J. F., Black, B., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis (6th ed)*. Prentice Hall.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, *48*(1), 99–104. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00083-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00083-5)
- Ilchmann-Diounou, H., & Ménard, S. (2020). Psychological Stress, Intestinal Barrier Dysfunctions, and Autoimmune Disorders: An Overview. *Frontiers in Immunology*, *11*, 1823. <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2020.01823>
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, *26*(6), 872–878. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-006-0407-y>
- Jensen, P., Zachariae, C., Skov, L., & Zachariae, R. (2018). Sleep disturbance in psoriasis: a case-controlled study. *British Journal of Dermatology*, *179*(6), 1376–1384. <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.16702>
- Jougleux, C., Hennion, S., Outteryck, O., Vermersch, P., & Zéphir, H. (2021). Characterization of alexithymia in clinically isolated syndrome. *Revue Neurologique*, *177*(9), 1145–1150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2021.01.017>
- Kandola, A., Vancampfort, D., Herring, M., Rebar, A., Hallgren, M., Firth, J., & Stubbs, B. (2018). Moving to beat anxiety: epidemiology and therapeutic issues with physical

- activity for anxiety. *Current psychiatry reports*, 20(8), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-018-0923-x>
- Kaur, G., Tee, G. H., Ariaratnam, S., Krishnapillai, A. S., & China, K. (2013). Depression, anxiety and stress symptoms among diabetics in Malaysia: A cross sectional study in an urban primary care setting. *Bio Med Central Family Practice*, 14(69), 1–13. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-69>
- Karahan, A. Y., Kucuk, A., Balkarli, A., Kayhan, F., Ozhan, N., Nas, O., Gungor, T., & Kucuksen, S. (2016). Alexithymia, depression, anxiety levels and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Medica Mediterranea*, 32, 1021-28.
- Khedr, M. A., El Sayed, H. G., & El Wakil, A. (2022). Perceived stress in multiple sclerosis patients: Relationship with mood states and pain experience. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.msard.2022.103650>
- Kim, H.A., Seo, L., Jung, J.Y., Kim, Y. W., Lee, E., Cho, S.M., & Suh, C.H. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy in Korean patients with systemic lupus erythematosus: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 18–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.009>
- Kołtuniuk, A., Kazimierska-Zajac, M., Cisek, K., & Chojdak-Lukasiewicz, J. (2021). The Role of Stress Perception and Coping with Stress and the Quality of Life Among Multiple Sclerosis Patients. *Psychology Research & Behavior Management*, 14, 805–815. <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S310664>
- Larice, S., Ghiggia, A., Di Tella, M., Romeo, A., Gasparetto, E., Fusaro, E., Castelli, L., & Tesio, V. (2020). Pain appraisal and quality of life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(2), 271–280. <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12592>
- Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic research*, 54(6), 533-541. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00466-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00466-X)
- Larsen, M. H., Staalesen Strumse, Y. A., Borge, C. R., Andersen, M. H., & Wahl, A. K. (2022). Relevant associations between alexithymia and health-literacy in persons with

- psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 33(1), 380–388.  
<http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2020.1756204>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43(6), 531–543. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-198112000-00009>
- Li, R., Kajanoja, J., Lindblom, J., Korja, R., Karlsson, L., Karlsson, H., Nolvi, S., & Karukivi, M. (2022). The role of alexithymia and perceived stress in mental health responses to COVID-19: A conditional process model. *Journal of Affective Disorders*, 306, 9-18.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.024>
- Lynall, M. (2018). Neuropsychiatric symptoms in lupus. *Lupus*, 27, 18-20.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0961203318801672>
- Madanian, S. S., & Froozandeh, E. (2017). Alexithymia, psychological signs, social support, and the levels of hematological parameters in diabetes. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 3(4), 219. [http://dx.doi.org/10.4103/jepr.jepr\\_41\\_16](http://dx.doi.org/10.4103/jepr.jepr_41_16)
- Magro, R., & Borg, A. A. (2018). Characterisation of Patients with Systemic Lupus Erythematosus in Malta: A Population Based Cohort Cross-Sectional Study. *BioMed Research International*, 1–7. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/2385386>
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais* (2nd ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de psicologia*, 4(1), 65-90.  
<http://dx.doi.org/10.14417/lp.763>
- Melin, E. O., Svensson, R., Thunander, M., Hillman, M., Thulesius, H. O., & Landin-Olsson, M. (2017a). Gender, alexithymia and physical inactivity associated with abdominal obesity in type 1 diabetes mellitus: a cross sectional study at a secondary care hospital diabetes clinic. *BMC Obesity*, 4, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1186/s40608-017-0157-1>
- Melin, E. O., Thunander, M., Landin-Olsson, M., Hillman, M., & Thulesius, H. O. (2017b). Depression differed by midnight cortisol secretion, alexithymia and anxiety between

- diabetes types: a cross sectional comparison. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1495-8>
- Michel, B., Banovic, I., Gilibert, D., Pallu, J., & Meyer, O. (2016). Facteurs psychologiques et intensité de la fatigue perçue auprès de patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde: une recherche préliminaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174 (5), 344-351. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.028>
- Mills, S. D., Azizoddin, D., Racaza, G. Z., Wallace, D. J., Weisman, M. H., & Nicassio, P. M. (2017). The psychometric properties of the Perceived Stress Scale-10 among patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 26(11), 1218-1223. <http://dx.doi.org/10.1177/0961203317701844>
- Mills, S. D., Azizoddin, D., Gholizadeh, S., Racaza, G. Z., & Nicassio, P. M. (2018). The mediational role of helplessness in psychological outcomes in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 27(7), 1185–1189. <http://dx.doi.org/10.1177/0961203317751046>
- Mnif, L., Damak, R., Mnif, F., Ouanes, S., Abid, M., Jaoua, A., & Masmoudi, J. (2014). Alexithymia impact on type 1 and type 2 diabetes: A case-control study. *Annales d'Endocrinologie*, 75(4), 213–219. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ando.2014.06.001>
- Mostaghimi, A., Napatalung, L., Sikirica, V., Winnette, R., Xenakis, J., Zwillich, S. H., & Gorsh, B. (2021). Patient Perspectives of the Social, Emotional and Functional Impact of Alopecia Areata: A Systematic Literature Review. *Dermatology and Therapy*, 11(3), 867–883. <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-021-00512-0>
- Mulinari-Brenner, F. (2018). Psychosomatic aspects of alopecia areata. *Clinics in Dermatology*, 36(6), 709–713. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.011>
- Naito, A., Nwokolo, M., Smith, E. L., de Zoysa, N., Garrett, C., Choudhary, P., & Amiel, S. A. (2021). Personality traits of alexithymia and perfectionism in impaired awareness of hypoglycemia in adults with type 1 diabetes – An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110634>
- Napirei, M., Karsunky, H., Zevnik, B., Stephan, H., Mannherz, H. G., & Möröy, T. (2000). Features of systemic lupus erythematosus in Dnase1-deficient mice. *Nature genetics*, 25(2), 177–181. <http://dx.doi.org/10.1038/76032>

- Nekouei, Z. K., Doost, H. T., Yousefy, A., Manshaee, G., & Sadeghei, M. (2014). The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *Journal of education and health promotion*, 3, 68. <http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.134816>
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*, 18(1-6), 154-160. <http://dx.doi.org/10.1159/000286074>
- Nery, F. G., Borba, E. F., Viana, V. S., Hatch, J. P., Soares, J. C., Bonfá, E., & Neto, F. L. (2008). Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomal P antibodies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(3), 695-700. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.11.014>
- Neto, D. (2019). Ansiedade. In T. Baptista, & D. Neto (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (p. 49). Lisboa: Edições Sílabo.
- Nishizumi, H., Taniuchi, I., Yamanashi, Y., Kitamura, D., Ilic, D., Mori, S., Watanabe, T., & Yamamoto, T. (1995). Impaired proliferation of peripheral B cells and indication of autoimmune disease in lyn-deficient mice. *Immunity*, 3(5), 549-560. [http://dx.doi.org/10.1016/1074-7613\(95\)90126-4](http://dx.doi.org/10.1016/1074-7613(95)90126-4)
- Nowowiejska, J., Baran, A., Grabowska, P., Lewoc, M., Kaminski, T. W., & Flisiak, I. (2022). Assessment of Life Quality, Stress and Physical Activity Among Patients with Psoriasis. *Dermatology and Therapy*, 12(2), 395-406. <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-021-00662-1>
- Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2016). O que são doenças autoimunes. Consultado a 13 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://nedai.spmi.pt/doencas-auto-imunes/>
- Obeid, S., Lahoud, N., Haddad, C., Sacre, H., Fares, K., Akel, M., Salameh, P., & Hallit, S. (2020). Factors associated with anxiety among the Lebanese population: the role of alexithymia, self-esteem, alcohol use disorders, emotional intelligence and stress and burnout. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(2), 151-162.
- Opheim, R., Moum, B., Grimstad, B. T., Jahnsen, J., Prytz Berset, I., Hovde, Ø., Huppertz-Hauss, G., Bernklev, T., & Jelsness-Jørgensen, L.P. (2020). Self-esteem in patients

- with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 29(7), 1839–1846.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-020-02467-9>
- Ortet, C., & Costa, L. (2022). “Listen to Your Immune System When It’s Calling for You”: Monitoring Autoimmune Diseases Using the iShU App. *Sensors (14248220)*, 22(10), 3834. <http://dx.doi.org/10.3390/s22103834>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225-237.  
<http://dx.doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2a Ed.). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Palagini, L., Mauri, M., Faraguna, U., Carli, L., Tani, C., Dell, O. L., Mosca, M., & Riemann, D. (2016). Insomnia symptoms, perceived stress and coping strategies in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 25(9), 988–996.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0961203316631630>
- Palagini, L., Mosca, M., Tani, C., Gemignani, A., Mauri, M., & Bombardieri, S. (2013). Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus*, 22(5), 409–416. <http://dx.doi.org/10.1177/0961203313477227>
- Palm, U., Chalah, M. A., Créange, A., Lefaucheur, J.\_P., & Ayache, S. S. (2018). The evaluation of depression in multiple sclerosis using the newly proposed Multiple Sclerosis Depression Rating Scale. *L’Encéphale*, 44(6), 565–567.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2017.11.004>
- Pan, Q., Chen, X., Liao, S., Chen, X., Zhao, C., Xu, Y. Z., & Liu, H. F. (2019). Updated advances of linking psychosocial factors and sex hormones with systemic lupus erythematosus susceptibility and development. *PeerJ*, 7, e7179.  
<http://dx.doi.org/10.7717/peerj.7179>
- Paolucci, E. M., Loukov, D., Bowdish, D. M., & Heisz, J. J. (2018). Exercise reduces depression and inflammation but intensity matters. *Biological psychology*, 133, 79-84.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.01.015>
- Penn, H. (2006). Biologic therapies in autoimmune diseases. *Clinical medicine*, 6(1), 105.

- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M. S., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C. F., Papi, M., Camaioni, D., Tiago, A., Gobello, T., & Biondi, M. (2003). Psychosomatic Factors in First-Onset Alopecia Areata. *Psychosomatics*, *44*(5), 374–381. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.44.5.374>
- Pityk, O., Pityk, M., & Kuzhda, I. (2017). The role of alexithymia in non-psychotic mental disorders' development in patients with primary hypothyroidism. *European Psychiatry*, *41*, S501. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.629>
- Plantinga, L., Lim, S. S., Bowling, C. B., & Drenkard, C. (2017). Perceived stress and reported cognitive symptoms among Georgia patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, *26*(10), 1064–1071. <http://dx.doi.org/10.1177/0961203317693095>
- Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M., & De Carne, M. (1999). Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, *68*(5), 263-269. <http://dx.doi.org/10.1159/000012342>
- Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol II, 2<sup>a</sup> ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, *40*(3), 879-891. <http://dx.doi.org/10.3758/brm.40.3.879>
- Pukšić, S., Mitrović, J., Čulo, M.-I., Živković, M., Orehovec, B., Bobek, D., & Morović-Vergles, J. (2021). Effects of Yoga in Daily Life program in rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, *57*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102639>
- Ratanasiripong, N. T., & Ratanasiripong, P. (2020). Predictive factors of quality of life among systemic lupus erythematosus patients in Thailand: a web-based cross-sectional study. *Quality of Life Research*, *29*(9), 2415-2423. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-020-02494-6>
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto

- Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 89-96.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.009>
- Roberts, A. L., Malspeis, S., Kubzansky, L. D., Feldman, C. H., Chang, S. C., Koenen, K. C., & Costenbader, K. H. (2017). Association of trauma and posttraumatic stress disorder with incident systemic lupus erythematosus in a longitudinal cohort of women. *Arthritis & Rheumatology*, 69(11), 2162-2169.  
<http://dx.doi.org/10.1002/art.40222>
- Sandín, B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. Em B. Sandín & J. Bermúdez (Eds.), *Procesos emocionales y salud* (pp. 45-72). Madrid: UNED.
- Sakr, B. R., Seif, E. M., Kamel, R. M., & Eleishi, H. H. (2022). Impact of psycho-educational therapy on disease activity, quality of life, psychological status, treatment satisfaction and adherence in systemic lupus erythematosus patients. *The Egyptian Rheumatologist*, 44(4), 313–317. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejr.2022.04.001>
- Sayar, K., Köse, O., Ebrinç, S., & Çetin, M., (2001). Hopelessness, Depression and Alexithymia in Young Turkish Soldiers Suffering from Alopecia areata. *Dermatology and Psychosomatics*, 2(1), 12–15. <http://dx.doi.org/10.1159/000049631>
- Sellami, R., Masmoudi, J., Ouali, U., Mnif, L., Amouri, M., Turki, H., & Jaoua, A. (2014). The Relationship Between Alopecia Areata and Alexithymia, Anxiety and Depression: A Case-control Study. *Indian Journal of Dermatology*, 59(4), 1–5.  
<http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.135525>
- Shahi, M., & Mohammadyfar, M. A. (2017). Comparison of depression, anxiety, stress, quality of life, and alexithymia between people with type II diabetes and non-diabetic counterparts. *Personality and Individual Differences*, 104, 64–68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.035>
- Siegmann, E.-M., Müller, H. H. O., Luecke, C., Philipsen, A., Kornhuber, J., & Grömer, T. W. (2018). Association of depression and anxiety disorders with autoimmune thyroiditis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 577–584.  
<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0190>
- Singh, S. P., Wal, P., Wal, A., Srivastava, V., Tiwari, R., & Sharma, R. D. (2016). Understanding autoimmune disease: an update review. *IJPTB*, 3, 51-65.

- Sumner, L. A., Olmstead, R., Ayeroff, J. R., Nicassio, P. M., Ormseth, S. R., Azizoddin, D. R., Draper, T. L., Zamora-Racaza, G., & Weisman, M. H. (2020). The contributions of socioeconomic status, perceived stress, and depression to disability in adults with systemic lupus erythematosus. *Disability and Rehabilitation*, *42*(9), 1264–1269. <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2018.1522550>
- Sun, Y., Gao, L., Kan, Y., & Shi, B.-X. (2019). The Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) is reliable and has construct validity in Chinese patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, *28*(2), 149–155. <http://dx.doi.org/10.1177/0961203318815595>
- Sunar, I., Ataman, S., Nas, K., Kilic, E., Sargin, B., Kasman, S. A., Alkan, H., Sahin, N., Cengiz, G., Cuzdan, N., Gezer, I. A., Keskin, D., Mülkoğlu, C., Resorlu, H., Bal, A., Duruöz, M. T., Küçükakkaş, O., Yurdakul, O. V., Melikoglu, M. A., & Tuncer, T. (2020). Enthesitis and its relationship with disease activity, functional status, and quality of life in psoriatic arthritis: a multi-center study. *Rheumatology International*, *40*(2), 283–294. <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-019-04480-9>
- Tauil, C. B., Ramari, C., Silva, F. M., Brasil, E., David, A., Gomes, J. R. A., Silva, F. von G., Brandão, C. O., Santos, L. M. B., & SANTOS-NETO, L. (2021). The impact of physical functions on depressive symptoms in people with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *79*(1), 44–50. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20200099>
- Teggi, R., Finocchiaro, C. Y., Ruggieri, C., Gatti, O., Rosolen, F., Bussi, M., & Sarno, L. (2021). Alexithymia in Patients with Ménière Disease: A Possible Role on Anxiety and Depression. *Audiology Research*, *11*(1), 63–72. <http://dx.doi.org/10.3390/audiolres11010008>
- Timoney L.R., Holder M.D. (2013) Definition of Alexithymia. In: Emotional Processing Deficits and Happiness. *Springer Briefs in Well-Being and Quality of Life Research*. Springer, Dordrecht.
- Tolmunen, T., Lehto, S. M., Heliste, M., Kurl, S., & Kauhanen, J. (2010). Alexithymia is associated with increased cardiovascular mortality in middle-aged finnish men. *Psychosomatic Medicine*, *72*(2), 187-191. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c65d00>
- Torre, G. G., Mato, I., Doval, S., Espinosa, R., Moya, M., Cantero, R., Gonzalez, M., Gonzalez, C., Garcia, M. A., Hermans, G., González-Torre, S., Mestre, J. M., & Hidalgo, V. (2022). Neurocognitive and emotional status after one-year of

- mindfulness-based intervention in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(2), 183–192. <http://dx.doi.org/10.1080/23279095.2020.1732388>
- Tribolet de Abreu, T., Silva, N., Portelinha, D., Santos, E., Brito, H., Barros, M., Barbosa, P., & Campos, L. (2006). Internistas e Doenças Auto-imunes: Registo Nacional. *Artigos Originais*, 13(1), 5–13.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353–378. [http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606\\_53\\_17](http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_53_17)
- Vadacca, M., Bruni, R., Terminio, N., Sambataro, G., Margiotta, D., Serino, F., & Afeltra, A. (2014). Alexithymia, mood states and pain experience in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 33(10), 1443–1450. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-014-2593-3>
- Valdoleiros, S. R., Furtado, I., Silva, C., Gonçalves, I., Silva, A., Vasconcelos, O., Horta, A., Vasconcelos, A., Xará, S., Gonçalves, M., Abreu, M., & Sarmiento-Castro, R. (2021). Protocolo de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas à Terapêutica Imunossupressora de Doenças Autoimunes. *Acta Medica Portuguesa*, 34(6). <http://dx.doi.org/10.20344/amp.15625>
- Van Damme, S., Kindt, S., Crombez, G., Goubert, L., & Debruyne, J. (2019). The relation between goal adjustment, goal disturbance, and mental well-being among persons with multiple sclerosis. *Psychology & Health*, 34(6), 645–660. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2018.1556272>
- Vitturi, B. K., Nascimento, B. A. C., Alves, B. R., de Campos, F. S. C., & Torigoe, D. Y. (2019). Cognitive impairment in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Neuroscience*, 69, 81–87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2019.08.027>
- Willame, C., Dodd, C., Van Der Aa, L., Picelli, G., Emborg, H.D., Kahlert, J., Gini, R., Huerta, C., Martín-Merino, E., Mcgee, C., De Lusignan, S., Roberto, G., Villa, M., Weibel, D., Titievsky, L., & Sturkenboom, M. C. J. M. (2021). Incidence Rates of Autoimmune Diseases in European Healthcare Databases: A Contribution of the ADVANCE Project. *Drug Safety*, 44(3), 383–395. <http://dx.doi.org/10.1007/s40264-020-01031-1>

- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47(9), 903–910. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2008.03726.x>
- Wiśniewski, M., & Zabłocka-Żytka, L. (2021). Sexual and mental health of woman suffering from selected connective tissue diseases: an original paper. *Clinical Rheumatology*, 40(8), 3319–3327. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-021-05611-z>
- Wolfe, R. M., & Ang, D. C. (2017). Biologic therapies for autoimmune and connective tissue diseases. *Immunology and Allergy Clinics*, 37(2), 283-299. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iac.2017.01.005>
- Yalug, I., Selekler, M., Erdogan, A., Kutlu, A., Dundar, G., Ankaralı, H., & Aker, T. (2010). Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 64(3), 231–238. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02093.x>
- Yayikci, Y. I., & Karadag, A. (2019). Effects of Conventional and Biological Drugs Used for the Treatment of Rheumatoid Arthritis on the Quality of Life and Depression. *Eurasian Journal of Medicine*, 51(1), 12–16. <http://dx.doi.org/10.5152/eurasianjmed.2018.18018>
- Yildirim, N. K., Ozkan, M., Ozkan, S., Oflaz, S. B., Gelincik, A., & Buyukozturk, S. (2012). Relationship among alexithymia, anxiety, and depression in patients with chronic idiopathic urticaria. *Nobel Medicus*, 8(1), 46-51.
- Yilmaz-Oner, S., Ilhan, B., Can, M., Alibaz-Oner, F., Polat-Korkmaz, O., Ozen, G., Mumcu, G., Kremers, H. M., Tuglular, S., & Direskeneli, H. (2017). Fatigue in systemic lupus erythematosus. *Zeitschrift Für Rheumatologie*, 76(10), 913–919. <http://dx.doi.org/10.1007/s00393-016-0185-0>
- Zakiei, A., Ghasemi, S. R., Gilan, N. R., Reshadat, S., Sharifi, K., & Mohammadi, O. (2017). Mediator role of experiential avoidance in relationship of perceived stress and alexithymia with mental health. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(5), 335-341.
- Zhang, L., Fu, T., Yin, R., Zhang, Q., & Shen, B. (2017). Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1234-1>

- Ziarko, M., Grobelny, B., Sikorska, D., Jasielska, A., Maseda, A., Millán-Calenti, J., Samborski, W., Mojs, E., & Pigłowska, A. (2021). Pain as a mediator in the temperamentalexithymia relationship in individuals suffering from rheumatoid arthritis. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 25(24), 7840–7846. [http://dx.doi.org/10.26355/eurrev\\_202112\\_27631](http://dx.doi.org/10.26355/eurrev_202112_27631)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 7, 361-370. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

## Anexos

### Anexo A – Autorização Formal Para Utilização Dos Instrumentos Escala de Ansiedade de Depressão Hospitalar



Lisboa, 14 de novembro de 2020

Exmo. Senhor José Pais-Ribeiro,

O meu nome é Patrícia Isabel Silva Carneira e sou estudante do Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA - Instituto Universitário. De momento estou a realizar uma investigação no âmbito da minha tese de mestrado, cujo tema é **“Ansiedade e depressão, stress percebido e alexitimia em pacientes com doença autoimune”**. Em adição, a presente investigação tem como orientadora a Professora Doutora Catarina Ramos.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização formal para a utilização da Escala De Ansiedade E Depressão Hospitalar (HADS), validada para a população portuguesa por si e pelos seus colaboradores. No mesmo sentido, gostaria de saber se me poderia disponibilizar algum material relacionado com a escala, que ache pertinente no âmbito desta investigação.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade, uma vez que o seu contributo será basilar para o desenvolvimento desta investigação.

Com os melhores cumprimentos

Patrícia

Carneira

José Luís Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

16/11/2020, 11:00 ★ ↩ ⋮

para mim ▾

Cara Colega

Não nos opomos à utilização da versão do questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

### Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20)

Lisboa, 14 de novembro de 2020

Exma. Senhora Nina Prazeres,

O meu nome é Patrícia Isabel Silva Carneira e sou estudante do Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA - Instituto Universitário. De momento estou a realizar uma investigação no âmbito da minha tese de mestrado, cujo tema é **“Ansiedade e depressão, stress percebido e alexitimia em pacientes com doença autoimune”**. Em adição, a presente investigação tem como orientadora a Professora Doutora Catarina Ramos.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização formal para a utilização da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20), validada para a população portuguesa por si e pelos seus colaboradores. No mesmo sentido, gostaria de saber se me poderia disponibilizar algum material relacionado com a escala, que ache pertinente no âmbito desta investigação.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade, uma vez que o seu contributo será basilar para o desenvolvimento desta investigação.

Com os melhores cumprimentos

Patrícia Carneira

Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres <ulfpnina@psicologia.ulisboa.pt>  
para mim ▾

quarta, 25/11/2020, 10:01 ★ ↶ ⋮

Cara Patrícia Carneira,

Tem a minha autorização para utilizar a adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens(TAS-20) na sua investigação no âmbito da sua tese de mestrado. Pode consultar os dados relativos à adaptação, bem como os procedimentos de cotação e interpretação, em:

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol II, 2ª ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto.

Com os meus melhores cumprimentos,  
Nina Prazeres

---

De: Patrícia Carneira <patriciacarneira2@gmail.com>

Enviado: sábado, 14 de novembro de 2020 16:13

Para: Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres

Assunto: Pedido de autorização para aplicação da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20)

## Escala de Stress Percebido (PSS-10)

Lisboa, 14 de novembro de 2020

Exmo. Senhor Miguel Trigo,

O meu nome é Patrícia Isabel Silva Carneira e sou estudante do Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA - Instituto Universitário. De momento estou a realizar uma investigação no âmbito da minha tese de mestrado, cujo tema é “**Ansiedade e depressão, stress percebido e alexitimia em pacientes com doença autoimune**”. Em adição, a presente investigação tem como orientadora a Professora Doutora Catarina Ramos.

Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização formal para a utilização da Escala De Stress Percebido (PSS), validada para a população portuguesa por si e pelos seus colaboradores. No mesmo sentido, gostaria de saber se me poderia disponibilizar algum material relacionado com a escala, que ache pertinente no âmbito desta investigação.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade, uma vez que o seu contributo será basilar para o desenvolvimento desta investigação.

Com os melhores cumprimentos

Patrícia Carneira

Miguel Trigo <miguel.trigo70@gmail.com>  
para mim ▾

domingo, 15/11/2020, 15:38 ☆ ↶ ⋮

Estimada Dra. Patrícia Carneira,

Muito obrigado pelo seu interesse e cuidado.

Relativamente ao Estudo das propriedades psicométricas da *Perceived Stress Scale* (PSS) na população portuguesa e respectiva versão portuguesa da Escala (PSS), temos o maior gosto em divulgar o estudo que realizámos e a versão que preparámos.

A utilização da PSS para fins de investigação está autorizada pelo autor original - Sheldon Cohen. Poderá consultar esta informação no *site* do autor: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/scales.html>, onde se lê: "*Permissions: Permission for use of scales is not necessary when use is for nonprofit academic research or nonprofit educational purposes. For other uses, please contact the lab at [commoncoldproject@andrew.cmu.edu](mailto:commoncoldproject@andrew.cmu.edu) for instructions*". Segue em anexo um PDF produzido pelo autor, onde encontrará esta informação e as condições de utilização para outros fins.

Na ligação (*link*) acima, também tem acesso a muita informação relacionada com a PSS.

Aproveitamos para saudar a iniciativa e o tema da sua investigação.

Pelos autores, com o seu conhecimento e do autor original da Escala (em *Bcc*), enviamos os melhores cumprimentos,

Miguel Trigo

## Anexo B – Protocolo



### Fatores psicológicos no ajustamento psicossocial à doença autoimune

#### Consentimento informado

Este é um projeto de investigação no âmbito das dissertações de Mestrado em Psicologia Clínica do ISPA-Instituto Universitário, sob orientação da Professora Doutora Catarina Ramos e a coordenação da Professora Doutora Isabel Leal, com o objetivo de compreender o impacto de fatores psicológicos no ajustamento psicossocial à doença, em pessoas com doenças autoimunes. Pretende-se, assim, contribuir para o desenvolvimento de uma intervenção adequada às necessidades destes pacientes, no âmbito dos cuidados de saúde.

A participação neste estudo é voluntária e ser-lhe-á solicitado apenas o preenchimento do seguinte questionário (com uma duração aproximada de 20 min), sendo que poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si.

Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima. A sua identidade nunca será revelada e os dados serão unicamente utilizados para este estudo.

Caso aceite participar, deverá prestar o seu consentimento informado. Alguma questão adicional ou caso pretenda receber os resultados do estudo, por favor contacte-nos através do seguinte endereço de email: [estudoautoimunes@gmail.com](mailto:estudoautoimunes@gmail.com)

Muito obrigada pela sua participação.

As investigadoras,

Carolina Cornacho, Marta Leitão, Patrícia Carneira e Catarina Ramos

**Aceito participar neste estudo, confirmando que compreendi os objetivos e procedimentos desta investigação:**

Sim

Não

### **Questionário Sociodemográfico**

1. Género: Homem                      Mulher
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
4. Residência (Concelho): \_\_\_\_\_
5. Habilitações literárias completas:
  - Sem escolaridade
  - 1º ciclo (1º - 4º ano)
  - 2º ciclo (5º - 6º ano)
  - 3º ciclo (7º - 9º ano)
  - Secundário (10º - 12º ano)
  - Ensino Superior:
  - Outro: \_\_\_\_\_
6. Situação profissional:
  - Estudante    Desempregado/a
  - Ativo/a    Reformado/a
  - Outro: \_\_\_\_\_
7. Estado Civil:
  - Solteiro    Casado
  - União de facto    Divorciado
  - Viúvo

### **Questionário clínico**

1. Indique, por favor, a data na qual obteve o primeiro diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano)
2. Qual(ais) o(s) tipo de doença(s) autoimune(s) - identificar todas as presentes?
  - Artrite Reumatoide
  - Diabetes Tipo I
  - Doença de Crohn
  - Esclerose Múltipla

Espondilite Anquilosante

Lupus Eritematoso Sistémico

Psoríase

Síndrome de Sjögren

Vitiligo

Outra(s): \_\_\_\_\_

4. Indique qual(ais) o(s) tratamento(s) a realizar atualmente: Assinale todas as opções que se adequem a si.

Nenhum

Anti-inflamatórios

Corticosteroides

Imunossuppressores

Imunoglobulinas endovenosas (IVIG)

Terapia Biológica

Outro(s)

5. Já se encontrou em situação de internamento? Não Sim

6. Qual a data da última crise aguda (mês, ano): \_\_\_\_\_

6.1 Qual a duração da última crise? \_\_\_\_\_

7. Tem ou teve alguma perturbação mental (Ex: depressão, ansiedade)? Sim Não

7.1 Se sim, qual/ quais?

7.2 Tem ou teve acompanhamento psicológico/ psiquiátrico? Sim Não

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão. Será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

Quase sempre

Muitas vezes

Por vezes

Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

Tanto como antes

Não tanto agora

Só um pouco

Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim e muito forte

Sim, mas não muito forte

Um pouco, mas não me aflige

De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como antes

Não tanto como antes

Muito menos agora

Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

A maior parte do tempo

Muitas vezes

Por vezes

Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

Nunca

Poucas vezes

De vez em quando

Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase sempre

Muitas vezes

Por vezes

Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase sempre

Muitas vezes

Por vezes

Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

Nunca

Por vezes

Muitas vezes

Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

Completamente

Não dou a atenção que devia

Talvez cuide menos que antes

Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

Muito

Bastante

Não muito

Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Tanto como antes

Não tanto como antes

Bastante menos agora

Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

Muitas vezes

Bastantes vezes

Por vezes

Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

Muitas vezes

De vez em quando

Poucas vezes

Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

## Instruções e itens traduzidos da Perceived Stress Scale (PSS)

Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão, escolha a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

**0 - Nunca. 1 - Quase nunca. 2 - Algumas vezes. 3 - Frequentemente. 4 - Muito frequentemente.**

1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stress?
- 4†. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?
- 5†. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?
- 7†. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?
- 8†. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?

(† Itens cotados de forma inversa)

### **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)**

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações. Dê só uma resposta por cada afirmação.

Use a seguinte chave:

- 1-Discordo totalmente
- 2-Discordo em parte
- 3-Nem discordo nem concordo
- 4-Concordo em parte
- 5-Concordo totalmente

- 1- Fico muitas vezes confuso/a sobre qual a emoção que estou a sentir.
- 2- Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.
- 3- Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.
- 4- Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.
- 5- Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.
- 6- Quando estou aborrecido/a, não sei se me sinto triste, assustado/a ou zangado/a.
- 7- Fico muitas vezes intrigado/a com sensações no meu corpo.
- 8- Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.
- 9- Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.
- 10- É essencial estar em contacto com as emoções.
- 11- Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.
- 12- As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.
- 13- Não sei o que se passa dentro de mim.
- 14- Muitas vezes não sei porque estou zangado/a.
- 15- Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.
- 16- Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.
- 17- É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.
- 18- Posso sentir-me próximo/a de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.
- 19- Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.
- 20- Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.

## Anexo C – Outputs relativos à Estatística Descritiva das variáveis em estudo

Estatística Descritiva									
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro	Estatística	Erro
HADS_ansiedade	376	0	20	9,05	4,257	,128	,126	-,525	,251
HADS_depressão	376	0	19	6,42	4,052	,392	,126	-,211	,251
TAS_TOTAL	376	22	85	55,94	13,897	-,250	,126	-,792	,251
PSS_TOTAL	376	1	39	19,77	7,399	-,093	,126	-,349	,251
Factor_1	376	7	35	20,95	7,209	-,143	,126	-1,029	,251
Factor_2	376	5	25	14,45	5,022	-,110	,126	-,827	,251
Factor_3	376	8	32	20,54	4,383	-,306	,126	-,031	,251
N válido (de lista)	376								

## Anexo D – Outputs relativos aos Testes Estatísticos realizados no presente estudo

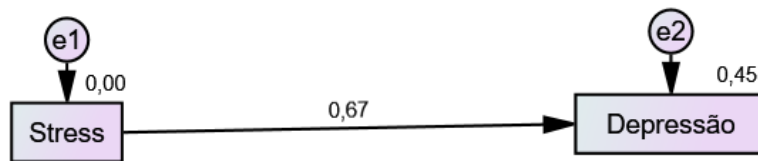
### Correlações de Spearman entre variáveis psicossociais

		Correlações							
		HADS_ansiedade	HADS_depressão	PSS_TOTAL	TAS_TOTAL	Factor_1	Factor_2	Factor_3	
rô de Spearman	HADS_ansiedade	Coefficiente de Correlação	1,000	,651**	,732**	,505**	,545**	,431**	,206**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		N	376	376	376	376	376	376	376
	HADS_depressão	Coefficiente de Correlação	,651**	1,000	,653**	,487**	,450**	,423**	,328**
		Sig. (2 extremidades)	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	376	376	376	376	376	376	376
	PSS_TOTAL	Coefficiente de Correlação	,732**	,653**	1,000	,507**	,540**	,447**	,189**
		Sig. (2 extremidades)	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	376	376	376	376	376	376	376
TAS_TOTAL	Coefficiente de Correlação	,505**	,487**	,507**	1,000	,910**	,857**	,667**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	
	N	376	376	376	376	376	376	376	
Factor_1	Coefficiente de Correlação	,545**	,450**	,540**	,910**	1,000	,708**	,416**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	
	N	376	376	376	376	376	376	376	
Factor_2	Coefficiente de Correlação	,431**	,423**	,447**	,857**	,708**	1,000	,411**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	
	N	376	376	376	376	376	376	376	
Factor_3	Coefficiente de Correlação	,206**	,328**	,189**	,667**	,416**	,411**	1,000	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	
	N	376	376	376	376	376	376	376	

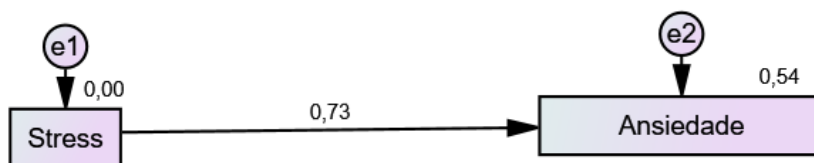
\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

## Modelo de Equações Estruturais – AMOS

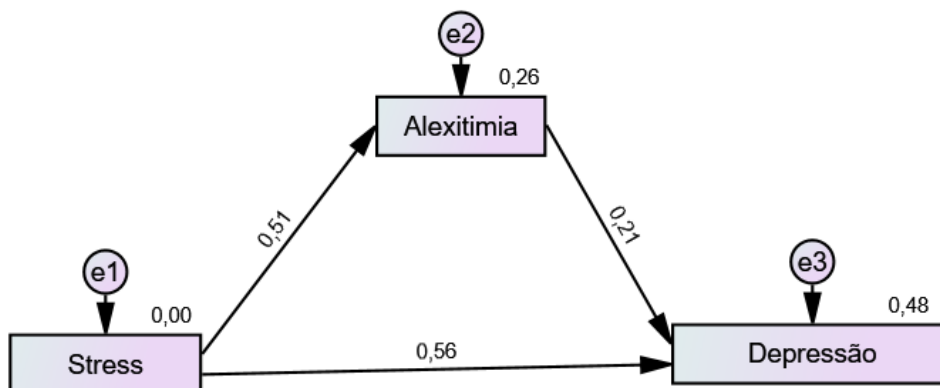
### *Análise de Correlação entre Stress Percebido e Depressão*



### *Análise de Correlação entre Stress Percebido e Ansiedade*



### *Análise do modelo de mediação stress percebido-alexitimia-depressão*



### *Análise do modelo de mediação stress percebido-alexitimia-ansiedade*

