



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**“SENTIMOS MUITO MAS NÃO
CONTAGIAMOS”**

Estudo comparativo
Níveis de alexitimia, espontaneidade e bem-
estar psicológico em sujeitos com e sem
psoríase.

CRISTIANA MACHADO DA SILVA BATISTA

Orientador de Dissertação

Professor Doutor António Gonzalez

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António Gonzalez, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, n.º.19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Este trabalho é mais do que o final de uma etapa na minha vida, é a conclusão de um ciclo e de uma imensa caminhada que tive que percorrer...mas a verdade é que se não fosse ajuda de certas pessoas eu hoje não estaria aqui, por isso aqui nestas breves linhas vos faço os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro agradeço à minha irmã, Cláudia Batista por ter sempre acreditado que um dia seria possível estar aqui, por nunca me abandonar em nenhuma altura na minha vida e por ser sem dúvida o meu exemplo como Mulher.

Aos meus pais por tudo o que fizeram pela minha vida, pelos ideais e valores que me transmitiram, por nunca falarem da palavra “desistir” e sobretudo por me demonstrarem sempre o amor.

Como a família é imensa, agradeço a todos por terem estado sempre ao meu lado, por terem acreditado em mim, agradeço também aqueles que não acreditaram porque me deram forças para continuar.

Ao meu namorado, Tiago Salgueiro que acompanhou uma etapa decisiva neste percurso académico agradeço o carinho e dedicação que sempre me transmitiu. Foste muitas das vezes a luz que me guiava e me fazia acreditar em mim mesma, sempre com essa tua força, determinação, companheirismo, compreensão e muitos outros adjetivos que poderia aqui elucidar, foste e és sem dúvida o amor que me guia.

Um agradecimento especial aos amigos Tânia Costa e Luís Ferreira, sem vocês penso que teria “descarrilado”, partilharam comigo momentos únicos da minha vida, mas sobretudo fizeram com que estes momentos se transformassem em força e esperança para encarar o futuro, obrigado por esta amizade meus queridos amigos.

A Ana Margarida Castanho por ter partilhado este percurso comigo, pelas longas conversas que nos deram força para continuar em várias etapas das nossas vidas, confidências, devaneios e sem dúvida uma grande dupla que formamos neste percurso académico.

A Ana Sofia Gomes por seres uma excelente colega e amiga, por teres sempre uma palavra, pelas risadas e delírios que tivemos ao longo deste percurso.

Um agradecimento especial a PSOPortugal e a todos os sócios que participaram nesta investigação, sem eles não teria sido possível, ao presidente da PSOPortugal, Vítor

Baião pela total disponibilidade que sempre demonstrou e pela dedicação a esta associação, o meu sincero obrigado.

E por último, e como os últimos são sempre os primeiros, agradeço ao meu orientador António Gonzalez, primeiro por o excelente professor que é, pela dedicação que tem com os seus alunos e pela amizade sempre demonstrada. Por ter contido os meus medos, me ter ajudado a encarar os objectivos deste trabalho e por ser um exemplo para mim como psicólogo.

A todos os que não foram aqui nomeados, mas que de uma maneira ou de outra partilharam momentos e que contribuíram para este final académico, um sincero muito obrigado.

A minha madrinha dedico a
minha tese de mestrado, um
sonho teu concluído por
mim, *amo-te!*

Nome: Cristiana Machado da Silva Batista

Nº Aluno: 13704

Curso: Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização: Psicologia Clínica

Ano Lectivo: 2009/2010

Orientador: Professor Doutor António Gonzalez

Data: 2 de Dezembro de 2010

“Sentimos muito mas não contagiamos” Estudo comparativo – Níveis de Alexitimia, Espontaneidade e Bem-Estar Psicológico em sujeitos com e sem psoríase.

Resumo

O tema central desta tese é a psoríase, uma doença crónica de pele, incurável, onde os aspectos psicológicos e sociais estão em risco. Investigamos em particular os níveis de alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico em doentes de psoríase. Na componente teórica, é apresentada uma perspectiva psicossomática da doença.

O objectivo deste estudo é perceber que relação existe entre a alexitimia, a espontaneidade e o bem-estar psicológico nos doentes portadores de psoríase, recorrendo aos instrumentos Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20), Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R) e Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP). Pretende-se igualmente estabelecer comparações entre estes doentes e uma população de não portadores da doença. A amostra é constituída por 175 sujeitos, sendo que 112 são portadores de psoríase. Os resultados obtidos permitiram constatar, na amostra, a prevalência significativa de alexitimia nos doentes de psoríase, em comparação com os não doentes, e níveis de espontaneidade e bem-estar psicológico igualmente mais baixos. Obteve-se uma correlação positiva entre os valores obtidos na SAI-R e na EBEP e uma correlação negativa entre a TAS-20 e a SAI-R e entre a TAS-20 e a EBEP.

Palavras-chave: Psoríase, Alexitimia, Espontaneidade, Bem-estar Psicológico, Psicossomática

“We are sorry, but we don’t infect” A comparative study - Levels of alexithymia, Spontaneity and Psychological Well-Being in subjects with and without psoriasis.

Abstract

Psoriasis is a chronic skin disease, incurable, where the psychological and social aspects are at risk. In this study, we investigated the levels of alexithymia, spontaneity and psychological well-being in patients with psoriasis. In the theoretical part, a psychosomatic perspective of the illness is presented.

The purpose of this study is to understand the relationship between alexithymia, spontaneity and psychological well-being in patients with psoriasis using the tools Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20), Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R) and Scale of Psychological Well-Being (EBEP).

It is also intended to draw comparisons between these patients and a population of non-patients. The sample comprised 175 subjects, 112 of which are suffering from psoriasis. A significant prevalence of alexithymia in patients with psoriasis was found, when compared with no patients, and levels of spontaneity and psychological well-being were low. We obtained a positive correlation between scores on the SAI-R and EBEP and a negative correlation between TAS-20 and SAI-R and between the TAS-20 and EBEP.

Keywords: Psoriasis, Alexithymia, Spontaneity, Psychological Well-being, Psychosomatics

ÍNDICE

Introdução	1
A pele e a sua importância	3
Psoríase e a sua história	3
Dados sobre a psoríase	4
Psoríase e os seus aspectos psicológicos	8
Alexitimia	9
A Alexitimia e a Psicoterapia	12
Avaliação da Alexitimia	13
Espontaneidade	14
Bem-Estar Psicológico	16
Medidas de avaliação de bem-estar psicológico	18
A psicossomática	19
Psicossomática e Psoríase	21
Método	22
Caracterização da amostra	22
Instrumentos	26
Procedimento	29
Resultados	31
Análise e Discussão de Resultados	38
Referências Bibliográficas	41
Anexos	45
Anexo 1 – Estatística Descritiva	46
Tabela A – Frequências do Total da Amostra	46
Tabela B – Frequências do Grupo Normativo	46
Tabela C – Frequências do Grupo de Doentes de Psoríase	47
Anexo 2 – Escala de alexitimia TAS-20	48
Anexo 3 – Inventário sobre a espontaneidade SAI-R	49
Anexo 4 – Escala de bem-estar psicológico reduzida EBEP	50
Anexo 5 – Formulário de características pessoais	51
Anexo 6 – <i>Alpha de cronbach</i>	54
Tabela D – <i>Alpha de cronbach</i> para a TAS-20	54
Tabela E – <i>Alpha de cronbach</i> para o SAI-R	54
Tabela F – <i>Alpha de cronbach</i> para DIS – TAS-20	55
Tabela G – <i>Alpha de cronbach</i> para DDS – TAS-20	55
Tabela H – <i>Alpha de cronbach</i> para POE – TAS-20	55
Tabela I – <i>Alpha de cronbach</i> para a EBEP	56
Tabela J – <i>Alpha de cronbach</i> para a sub-escala Autonomia	56
Tabela K – <i>Alpha de cronbach</i> para a sub-escala Domínio do Meio	56
Tabela L – <i>Alpha de cronbach</i> para a sub-escala Crescimento Pessoal	57
Tabela M – <i>Alpha de cronbach</i> para a sub-escala Relações Positivas com os Outros	57
Tabela N – <i>Alpha de cronbach</i> para a sub-escala Objectivos na Vida	57
Tabela O – <i>Alpha de cronbach</i> para a sub-escala Aceitação de Si	58
Anexo 7 – Tabela P – Teste de Normalidade	59
Tabela Q – Teste de Homogeneidade	59
Anexo 8 – Tabela R – Análise das diferenças entre grupos para a alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico	60

Introdução

A principal causa para realização desta investigação foi a descoberta da psoríase na minha vida. A psoríase é uma doença crónica, incurável e não contagiosa, mas é uma doença vista com muito preconceito pela sociedade em geral. Quando comecei a investigar o tema deparei-me que as investigações sobre esta doença são muito poucas, o que causa em qualquer portador desta doença um desalento. Reflecti acerca dos transtornos psicológicos que esta doença me tinha causado e como é que eu, aprendiz de psicologia, poderia contribuir para uma melhor visão sobre a doença e divulgá-la.

A doença causou em mim uma estranha sensação de lidar com as emoções e nestes meses em que a doença esteve activa, senti o meu bem-estar em risco.

Aqui começou a minha investigação, depois de ter lido um estudo realizado por uma aluna desta instituição, que estudou pacientes portadores de Lúpus e mediu a sua alexitimia e espontaneidade. Pensei de imediato que seria muito interessante fazer um estudo semelhante com doentes de psoríase.

E porquê estes conceitos?

Como referi há pouco nesta altura em que a doença esteve activa na minha vida senti as minhas emoções abaladas, o meu bem-estar psicológico diminuiu e a minha capacidade para dar respostas espontâneas igualmente posta em causa. E por isto tudo pensei que seria muito interessante não só divulgar esta doença como também constatar se estes doentes têm ou não níveis de alexitimia elevados e de espontaneidade e bem-estar psicológico reduzidos. Outro dos pontos fulcrais desta investigação é perceber se a psoríase é uma doença psicossomática. Assim, usei uma amostra de doentes de psoríase e uma amostra de não doentes para poder comparar resultados e analisar as diferenças entre elas.

A proposta era correlacionar as variáveis clínicas, (alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico) e as variáveis sócio-demográficas (género, idade, habitações académicas, situação profissional, fase actual da doença, tipo e grau de psoríase, há

quanto tempo é doente de psoríase, o início dos sintomas, a data do diagnóstico e a data do último surto).

As questões mais relevantes desta investigação seriam:

Qual é a prevalência da alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico na amostra clínica (doentes) e na amostra normativa (não doentes). Haverá diferenças significativas entre o início dos sintomas, a data do diagnóstico e a data do último surto nos doentes?

Partindo destas questões iniciamos a nossa investigação. Nas páginas que se seguem encontra-se uma revisão de literatura acerca destes temas aqui propostos, procurando responder a algumas destas questões. Junta-se a metodologia de recolha de dados, os instrumentos, procedimento e uma análise e discussão dos resultados.

A pele e a sua importância

A pele é o principal meio de contacto do sujeito com o mundo, pode-se prever os problemas que uma doença de pele pode acarretar ao sujeito portador de doenças de pele crónica (Montagu 1988, citado por Jorge, Muller, Ferreira & Casal, 2004).

Muller (2002) refere que a pele é o primeiro meio de contacto com o mundo externo, além de um principal local de manifestações de conflitos e emoções.

A pele é o maior órgão do corpo, é o mais extenso órgão dos sentidos e, para além do cérebro, pode ser considerado o órgão mais importante do sistema humano, (Montagu, 1988). Ao salientar este facto pode-se realçar a afirmação do autor Jeammet (2000) que refere que a pele tem uma função essencial na formação da imagem corporal.

Assim poderá considerar-se como o espelho das emoções, um órgão de comunicação e percepção visível, sendo através da pele que se obtém o contacto físico e se transmitem as sensações físicas e as emoções (Hoffmann, Zogbi, Fleck, Muller, 2005).

Permanecem intimas ligações entre o sistema nervoso e a pele, o que a torna extremamente sensível às emoções de forma que qualquer problema de pele tenha um impacto social (Azambuja, 2000). Para Winnicott (1983 citado por Jorge, Muller, Ferreira, & Casal, 2004), a pele pode ser referenciada como uma membrana limitadora do eu e do não-eu, ou seja, uma bolsa que retém, uma superfície que marca e uma barreira que protege, um lugar e um meio de troca.

As doenças de pele estão muitas das vezes estigmatizadas pela população, sendo que ideias de contágio e pouco asseio pessoal são pensamentos que acabam por conceber um afastamento dos outros em relação aos portadores de doenças de pele (Hoffmann, Zogbi, Fleck & Muller, 2005).

Psoríase e a sua história

A psoríase tem sido uma das doenças mais incompreendidas da história. Por exemplo, até ao século XIX esta doença foi confundida com a lepra. A primeira referência histórica à psoríase foi encontrada nos tratados de medicina antiga. Na Bíblia a palavra lepra é referenciada em diferentes textos para descrever várias doenças de pele, incluindo a hanseníase, vitiligo, psoríase, eczema e furúnculos. Na bíblia a palavra

citada “*tzaraat*” é comparável por alguns autores à psoríase (Enciclopédia Luso-Brasileira, Verbo Editora)

Hipócrates (460-377 a.c), médico grego, considerado das figuras mais notáveis na história da medicina, salientou os nomes de *Lepra* e *Psora* (palavra grega que significa prurido), para descrever o que se intitula hoje como psoríase. As doenças que neste tempo se manifestavam por descamações, como eczema, líquen e lúpus tuberculoso eram descritas sob o termo psoríase. Os historiadores consideram que foi o médico romano Galeno que pela primeira vez, salientou o nome “*psoríase vulgaris*” (Enciclopédia Luso-Brasileira, Verbo Editora).

Robert Willian (1757-1812), dermatologista inglês, definiu a psoríase como uma doença independente, designou duas categorias nesta doença, *Leprosa Graecorum* (nome que empregou para descrever a pele com escamas) e *Psora Leprosa* (a pele assumia uma forma eruptiva). Em 1841, Ferdinand Von Hebra, dermatologista Vienense, demonstrou que a *Lepra Graecorum* e a *Psora Leprosa* eram uma única doença. Estas dúvidas surgiram pelo facto de a doença ter diferenças relativamente ao tamanho, distribuição, crescimento e evolução das lesões (Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Editorial Lisboa).

Nos anos noventa, provou-se que a psoríase é multifactorial, estando ligada a factores genéticos, imunitários e ambientais. É de salientar que vários aspectos da doença psoríase permanecem ainda enigmáticos, existindo actualmente muitos centros de pesquisa e investigação sobre esta doença, estuda-se o seu desenvolvimento e novos métodos de tratamento.

A Federação Internacional de Psoríase (IFPA) e seus associados procuram realizar actividades em todo o mundo para sensibilizar as comunidades e os países sobre a doença de psoríase, num intuito de conceder às pessoas com esta doença a atenção e consideração que merecem.

Dados sobre a Psoríase

Psoriasis é uma palavra grega que originou o termo “psoríase” na nossa língua, e significa *erupção sarnenta*.

A psoríase é considerada uma doença inflamatória crónica hiperproliferativa e descamativa da pele, que condiciona a qualidade de vida do doente. Esta doença não só compromete a pele mas também a componente articular, o impacto emocional que acarreta a nível do aspecto estético é evidente nesta patologia (Ferraz & Reis, 2009)

De acordo com o dermatologista Américo Figueiredo (2010), a psoríase é uma doença incurável da pele que atinge 1 a 3 % da população mundial, é de salientar que em Portugal esta doença afecta cerca de 250 a 300 mil indivíduos.

A psoríase afecta homens e mulheres com a mesma incidência e, embora possa aparecer em qualquer idade, é mais frequente em adultos, principalmente caucasianos (Figueiredo, 2010).

Esta doença caracteriza-se por uma etiologia desconhecida, tendo um carácter perene, contudo ocorrem períodos de remissão espontâneos ou induzidos provocados pelos tratamentos médicos existentes (Ferraz & Reis, 2009)

A psoríase desenvolve-se pela acção das chamadas células T, que hiper-estimulam e aceleram a proliferação das células da pele. A camada mais superficial da pele normativa leva cerca de vinte e oito dias a atingir a superfície cutânea, no caso de um sujeito com psoríase este tempo é de cinco a sete dias, dando origem a descamação continua da pele (Figueiredo, 2010).

Esta escamação que qualifica a psoríase resulta de um crescimento e de uma produção elevada das células cutâneas. Esse crescimento acelerado provoca a formação de lesões elevadas, chamadas de placas, com aparência avermelhada e recobertas por escamas brancas (Mota, Gon & Gon, 2009).

Não se sabe precisamente qual a razão do aparecimento da psoríase, mas no entanto é do conhecimento científico que existem factores genéticos determinantes que condicionam este tipo de resposta. Deve acentuar-se que existe um número elevado de indivíduos que desenvolve esta doença sem ter qualquer antecedente hereditário. Esta doença pode ser diagnosticada com origem em factores imunitários e ambientais a que o indivíduo é sujeito como referido já durante este trabalho. Refira-se que, apesar do aspecto desagradável que a doença confere à pele, a psoríase não é contagiosa (Arruda, Nogueira, Oliveira, Pereira & Silva, 2010).

A psoríase revela-se pela presença de uma ou mais placas escamosas de pequena ou grande dimensão, estas placas podem desaparecer subitamente aparecendo outras (Arruda, Nogueira, Oliveira, Pereira & Silva, 2010).

A psoríase costuma afectar essencialmente o couro cabeludo, os cotovelos, os joelhos, as costas e as nádegas. Pode também aparecer debaixo das unhas, nas virilhas, axilas, umbigo e sobranceiras (Mota, Gon & Gon, 2009).

As áreas do corpo onde sobressaem as placas têm a ver com o tipo de psoríase que é diagnosticada, logo pode-se expor que cada tipo de psoríase refere uma área do corpo afectada, contando que pode suceder que o corpo pode ficar todo afectado por esta doença (Ferraz & Reis, 2009).

É notório salientar que a psoríase além da escamação da pele pode despertar comichão e ardor, mas é essencialmente o aspecto visivelmente desagradável que incomoda mais o doente (Mota, Gon & Gon, 2009).

Num estudo elaborado pelo *Psoriasis Foundation*, divulgou-se que os doentes de psoríase têm uma qualidade de vida semelhante ou pior a doentes com diabetes, depressão ou hipertensão arterial.

Posteriormente a esta elucidação acerca da psoríase é essencial referir os sete tipos de psoríase existentes e as suas características.

Principiaremos pela **psoríase em placas ou vulgar** é o tipo mais comum desta doença, caracteriza-se por placas descamativas, de tamanho variável, nitidamente demarcadas, secas e cobertas com camadas de finas escamas prateadas. Surgem particularmente na área dos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e região lombar, apesar de poder afectar qualquer área do corpo, nos casos mais graves poderá mesmo cobrir as áreas do tronco e membros (Ferraz & Reis, 2009).

De acordo com Chiozza (1991, citado por Silva & Silva, 2007) a psoríase vulgar evolui em episódios separados, com períodos de latência inconstantes, imprevisíveis e com momentos de remissão total.

No que se refere a **psoríase gutata ou em gota**, é de salientar que é menos frequente e afecta sobretudo crianças e jovens. Surge de forma súbita após uma infecção respiratória de origem bacteriana (faringite), e poderá ter um excelente prognóstico. As

lesões são em forma de gota e atingem o corpo todo. É de realçar que este tipo de psoríase pode desaparecer definitivamente após o primeiro episódio ou pode evoluir para uma psoríase vulgar (Ferraz & Reis, 2009).

A **psoríase inversa** resulta, como o nome indica, da localização inversa das lesões cutâneas, isto é, privilegia as pregas cutâneas como axilas, virilhas e sulcos inframamários. É descrita por lesões vermelhadas, brilhantes e pela ausência de descamação evidente. Esta psoríase é mais evidente em sujeitos obesos, agravando com a transpiração e fricção (Ferraz & Reis, 2009).

Seguidamente expõe-se a **psoríase eritrodérmica**, é considerada a menos comum desta doença e a mais grave, a pele do corpo adquire um aspecto vermelho e inflamado, com graus incertos de descamação. Este tipo de psoríase é muitas vezes acompanhada de febres e mal-estar geral (Ferraz & Reis, 2009).

Continuamente refere-se um tipo de psoríase também menos frequente, chamada **postulosa**. Nesta variante forma-se nódulos grandes e pequenos cheios de pus – pústulas, que surgem nas palmas das mãos e plantas dos pés, por vezes com descamação abundante e fissuras dolorosas. Este tipo de psoríase é de difícil tratamento (Ferraz & Reis, 2009).

A **psoríase ungueal**, usualmente associada às unhas das mãos ou dos pés, embora rara, pode ser uma forma da doença se pronunciar. As alterações mais significativas são o deslocamento parcial da unha, o seu espessamento, as alterações de cor e a presença de ponteados nas unhas (Ferraz & Reis, 2009).

Por último refere-se a **psoríase artopática** ou **artrite psoriática**, cujas lesões são divulgadas com comprometimento das articulações, a doença articular provoca dor e limitação funcional interferindo com a capacidade do sujeito para executar movimentos (Ferraz & Reis, 2009).

De acordo com o dermatologista Américo Figueiredo (2010) não existe cura para a psoríase, mas no entanto é de realçar que existe uma imensa gama de tratamentos que podem ajudar a controlar a doença. Nesta sequência, esclareceremos numa breve síntese as principais abordagens terapêuticas.

É fundamental salientar que o tratamento deve ser individualizado em função do diagnóstico e nunca padronizado, tendo em conta o tipo de psoríase do doente, a sua idade, o impacto emocional e físico que lhe trouxe, o tipo de pele, o tempo de duração, entre outros.

Os tratamentos para a psoríase abrangem tratamentos tópicos, que se inserem fundamentalmente em pomadas, tratamento sistémico que são empregados para tipos de psoríase mais severas e que são utilizados quando o corpo do sujeito já abrange um grande número de lesões na pele. O tratamento de fototerapia consiste na exposição da pele a fontes artificiais de luz ultravioletas. Este tratamento é utilizado para tratar a psoríase considerada moderada ou grave (Ferraz & Reis, 2009).

Psoríase e os seus aspectos psicológicos

Como já referido ao longo do trabalho, a pele além de outras funções, representa o sujeito como único. Os portadores da doença de psoríase, referem sentir-se como sendo desprezíveis, sujos e intocáveis (Chiozza 1991, citado por Silva & Silva, 2007). Receiam a aceitação de uma sociedade que vive repleta de estereótipos de beleza e de adequação. Assim sendo, os portadores desta doença sentem-se marginalizados e alvos constantes de discriminação e de preconceito. Pode dizer-se que a psoríase é uma das doenças que mais afecta o bem-estar psicológico do sujeito.

Estes sentimentos podem estar constantemente presentes no quotidiano do doente de psoríase, podendo comprometer a sua adaptação social, como o simples facto de ir ao cabeleireiro, mudança no vestuário usado muitas das vezes para esconder a doença, como também sensações de angústia e de irritação por ter de conviver com esta doença. Estes factores podem tornar estes doentes mais vulneráveis ao aparecimento do stress (Silva 2003, citado por Silva & Silva, 2007).

Assim, muitos pacientes referem um aparecimento das lesões devido a situações stressantes no quotidiano. Esta doença está associada ao desencadeamento do stress emocional, pelo constrangimento que os portadores de psoríase sentem, realça Lipp (2003, citado por Silva & Silva, 2007).

No que se refere ao funcionamento mental do doente com psoríase, podem-se realçar os correspondentes psíquicos, tais como o impacto emocional da doença; a associação do aumento de preocupações e ansiedades; a presença de distúrbios no ambiente familiar; a

presença de indicadores de instabilidade emocional; insegurança; alto grau de neuroticidade, carácter esquizóide e de inibição da agressividade, resultante em depressão (Mingorance, Loureiro, Okino & Foss, 2001).

Em trabalhos com doentes com psoríase constatou-se um alto nível de depressão associado à alta percentagem de disseminação das lesões, além das vivências constantes de ansiedade (Scharloo et al, 2000 citado por Mingorance, Loureiro, Okino & Foss, 2001). Estes indicadores são sugestivos das dificuldades emocionais e de possível instabilidade quanto ao funcionamento adaptativo.

Em estudos anteriores foram analisadas as dimensões de experiências estigmáticas a que o doente de psoríase é sujeito, e foram também reconhecidos problemas relativos à auto-estima, isolamento social e rejeição (Perrot, Murray, Lowe & Mathieson 2000, citados por Mingorance, Loureiro, Okino & Foss, 2001).

Passaremos de seguida a apresentar resumidamente o conceito de alexitimia, que será explorado e avaliado no nosso trabalho.

Alexitimia

A palavra “alexitimia” etimologicamente significa “*sem palavras para as emoções*”. Esta palavra deriva do grego, “a”, que corresponde a “sem”, ou “ausência de”, “lexis” que significa “palavra”, e “thymus” que traduz “ânimo” ou “emoção” (Silva & Vasco, 2010).

Uma das descrições mais antigas da alexitimia situa-se no ano de 1948 e pertence a Ruesch que observou uma perturbação da expressão simbólica e verbal nos pacientes psicossomáticos e atribuiu este facto à existência de uma personalidade infantil, imatura, que continuava na vida adulta (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

O termo alexitimia foi inicialmente usado por Sifneos (1973) para designar um grupo de características cognitivas e afectivas típicas de vários pacientes com patologia somática, ou seja, pacientes que adquiriam uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias, (Sifneos 1973, cit. por Silva & Vasco, 2010).

Krystal confere o termo alexitimia a uma interrupção no desenvolvimento afectivo após um trauma psicológico infantil ou a uma regressão após um trauma catastrófico na vida adulta (Krystal 1987, cit. por Prazeres, 2000).

É notório salientar que a alexitimia está estreitamente associada ao conceito de pensamento operatório de Marty e M'Uzan (1963), representantes da Escola Psicossomática de Paris, que adoptaram o termo “pensée opératoire” (Bagby & Taylor, 1999, citado por Freire, 2010). Este conceito define um estilo de raciocínio concreto, objectivo e voltado para a realidade externa, classificava-se pelos autores como um estilo de vida interior pobre e com uma ausência de afectividade perante as situações de perda e traumas (Marty e M'Uzan 1963, cit. por Carneiro e Yoshida, 2009).

O conceito de alexitimia inicialmente foi ligado às perturbações psicossomáticas, no entanto comprovou-se que a alexitimia estava presente em praticamente todo o espectro de perturbações, tais como perturbações alimentares, abuso e dependência de substâncias, perturbações da ansiedade, depressão e perturbação de stress pós-traumático, é de salientar que alexitimia também pode estar presente na população não clínica (Silva & Vasco, 2010).

A prevalência da alexitimia numa população não clínica é sensivelmente de 10% a 20%, (Fonte, 1993; Pedinelli & Rouan, 1998; Smith, 1983, cit por Fernandes & Tomé, 2001) embora nas doenças psicossomáticas a frequência aumente para 50%, (Consoli 1997; Fukunishi 1997, cit por Fernandes & Tomé, 2001), salientando as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais, diabetes e doenças dermatológicas.

Os autores Taylor, Bagby e Parker (1997), numa tentativa de resumir o número de concepções existentes de alexitimia na literatura, salientaram três factores centrais para poder conceptualizar a alexitimia: 1- dificuldade em identificar sentimentos; 2- dificuldade em comunicar sentimentos; 3- pensamento orientado para o exterior, (Taylor, Bagby & Parker, 1997, cit. por Silva & Vasco, 2010). Os alexitímicos têm sido descritos como sendo robôs humanos (Sengupta & Giri 2009, citado por Freire, 2010), portadores de uma espécie de analfabetismo emocional.

De uma forma geral, dois tipos de etiologia são admitidos actualmente na literatura para explicar a alexitimia. Um deles é o de etiologia biológica (Sifneos 1991, citado por Guimarães & Yoshida, 2008), resultado de um comprometimento entre as estruturas anatómicas, biológicas e da fisiologia cerebral, a que corresponderia a alexitimia primária. O segundo tipo é de natureza psicossocial, também designado como alexitimia secundária, atribuível às experiências afectivas vividas ao longo do desenvolvimento,

que se manifesta normalmente em sujeitos expostos a situações de risco extremo, situações traumáticas, processos de adoecimento, vivências e traumas intensos na infância, ou na fase adulta (Pediñelli & Rouan, 1998, cit por Guimarães & Yoshida, 2008).

Na alexitimia secundária incluem-se as vivências de stress, relacionadas com doenças crónicas, vivências de guerras, acidentes e todas as situações de risco da vida do sujeito. Neste caso a alexitimia iria ter uma função protectora, permitindo que o sujeito vivesse com dor psicológica (Sifneos 1991, cit por Guimarães e Yoshida, 2008).

O psicanalista McDougall (1982) realça as vivências emocionais entre mãe – filho e a sua associação com a alexitimia secundária, ou seja, as relações traumáticas na infância poderiam consistir numa contribuição para o sujeito adquirir sintomas alexitímicos (McDougall 1982, citado por Carneiro & Yoshida, 2009).

Na perspectiva de Campbell (1996), a alexitimia secundária caracteriza-se por um estado, uma reacção ou uma forma de defesa para impedir os efeitos da doença ou trauma sobre a vida afectiva e emocional do sujeito, evitando assim a dor e a depressão. Assim sendo, pode-se afirmar que este tipo de alexitimia não parece vinculada a nenhuma patologia, actua como uma estratégia do sujeito para enfrentar situações de conflito ou de difícil resolução (Campbell 1996, citado por Carneiro & Yoshida, 2009).

É notório salientar que foram realizados estudos que mostram que os factores socioculturais podem associar-se à alexitimia. Taylor nomeou os estudos de Leff (1973) e de Borens, Groose Schultze, Jaensch e Kortemme (1977), que comprovavam que estilos de comunicação característicos de uma cultura, o nível educacional ou a classe socioeconómica poderiam impor características ou limites à verbalização das emoções. Taylor refere um estudo com pacientes psicossomáticos de nível socioeconómico baixo, em que os participantes usaram menos palavras para as emoções, demonstrando terem menos fantasias (Carneiro & Yoshida, 2009).

A alexitimia tem suscitado a realização de variados modelos explicativos, nomeadamente, genéticos, neurofisiológicos, psicodinâmicos, socioculturais e cognitivo - comportamentais (Fernandes & Tomé, 2001).

Nemiah e Sifneos (1970), solicitam vários modelos explicativos distintos, o modelo genético, onde a alexitimia é explicada por factores hereditários; o modelo

neurofisiológico onde surge uma descontinuidade entre as funções do sistema límbico (emoções) e o neocortex (representação); o modelo psicodinâmico, onde a alexitimia é um resultado de uma interrupção do desenvolvimento afectivo, após um trauma psíquico na infância, ou pode ser uma regressão na expressão de afectos na vida adulta, envolvendo o funcionamento afectivo e cognitivo; o modelo cognitivo-comportamental, no que a alexitimia surge aliada ao stress, em que o sujeito não consegue lidar com as situações de forma adequada, devido à sua falta de conhecimento emocional e incapacidade de expressar emoções; o modelo sociocultural foca-se no meio desfavorecido e disfuncional em que o sujeito se insere, nestes casos existiriam dificuldades em identificar sentimentos, défices nas funções imaginárias e simbólicas; por ultimo o modelo multifactorial defende o conjunto de factores mencionados nos modelos acima referidos (Fernandes & Tomé, 2001).

A Alexitimia e a Psicoterapia

Ogrodniczuk evocou a atenção das várias investigações que se têm realizado acerca da alexitimia, reportando que os investigadores se têm concentrado explicitamente na sua etiologia, negligenciando a investigação relativa às formas de intervir em contexto terapêutico (Ogrodniczuk 2007, cit. por Silva & Vasco, 2010).

Este autor realça a importância de identificar formas de comunicação terapêutica que reduzam realmente as características alexitímicas de forma a que a psicoterapia seja uma resposta mais eficaz para estes pacientes (Ogrodniczuk 2007, cit. por Silva & Vasco, 2010).

Para Sfineos, os doentes alexitímicos não são bons pacientes para intervenções psicoterapêuticas de orientação psicodinâmica, pois estas terapias abordam os sentimentos e fantasias dos pacientes, o que para pacientes com alexitimia pode causar um aumento de angústia e piorar os seus sintomas psicológicos (Sifneos 1973, cit. por Fernandes & Tomé, 2001).

McDougall evoca a frustração do terapeuta com estes pacientes, descreve-os como sendo “normopatas”, portadores de uma incapacidade para expressar um sofrimento psíquico que eles não conseguem perceber (McDougall 1982, cit. por Fernandes & Tomé, 2001).

Krystal, por sua vez, defende ser essencial focalizar o tratamento no estilo de comunicar do paciente e não no conteúdo da comunicação, ou seja, esta terapia teria três fases, onde o paciente observava as suas perturbações alexitímicas; aprenderia a desenvolver tolerância aos seus afectos e reconhece as suas emoções como sinais próprios; e só na última fase é que se aplicaria a psicoterapia “tradicional” de interpretação da transferência (Krystal 1979, cit. por Fernandes & Tomé, 2001).

Von Rad refere a necessidade de ajudar o paciente a atingir uma maturidade e aprendizagem, construindo com este um pensamento simbólico (Von Rad 1982, cit. por Fernandes & Tomé, 2001).

É necessário que as técnicas utilizadas na psicoterapia sejam específicas para aumentar a consciência emocional. Os esquemas simbólicos e emocionais poderão reduzir as características alexitímicas (Taylor, 2000).

Deverá ser implantado nos pacientes com alexitimia a aliança terapêutica, essencialmente no que concerne aos aspectos de segurança e confiança, assim como a motivação do paciente deve ser sempre estimulada, é particularmente essencial o aumento de consciência e experiência do *self*, no que se refere ao processamento emocional.

Avaliação da alexitimia

Existem diversos instrumentos para avaliar a alexitimia, mas o mais conhecido e usual na literatura é o TAS-20 (*20-item Toronto Alexithymia Scale*), desenvolvida pelos autores (Bagby, Taylor & Parker 1994, cit. por Freire, 2010), teste que foi submetido a várias testagens e traduções. Existe uma versão portuguesa (Prazeres, Parker & Taylor 2000, cit. por Freire, 2010), e duas versões brasileiras (Wiethaeuper & cols. 2005; Yoshida 2000, cit. por Freire, 2010).

O primeiro instrumento de avaliação da alexitimia a ser utilizado foi desenvolvido por Sifneos em 1973, “Beth Israel Questionnaire” (BIQ), conjunto de vinte e três itens, foi criticado pela natureza dicotómica das respostas, tendo de ser o entrevistador a tomar a decisão (Sim/Não), o que levaria a questionar a fiabilidade inter-avaliadores (Fernandes & Tomé, 2001).

Em 1985, Taylor desenvolveu a “Toronto Alexithymia Scale” (TAS), uma escala de auto-avaliação formada por 26 itens.

Espontaneidade

Moreno introduziu o conceito de espontaneidade no campo da psicoterapia, mais precisamente no psicodrama. Numa visão geral, a espontaneidade é entendida como um comportamento súbito, impulsivo e não premeditado, age de acordo com sentimentos naturais na expressão de emoções, sem qualquer retenção ou premeditação (Kipper, 2000).

A espontaneidade é um conceito único do psicodrama, uma ideia Moreniana muito complexa. Este construto tornou-se o pilar para a criação do psicodrama, um método de intervenção clínica e de terapia de grupo (Moreno 1964, citado por Kipper, 2000). Segundo a teoria clássica, a espontaneidade pode ser observada e desenvolvida através do treino e está associada a uma vida saudável e a uma disciplina interior (Moreno et al. 2000, citado por Kipper, 2000).

Moreno, no seu livro clássico “Who Shall Survive” (1953), expõe que a espontaneidade conduz o sujeito a uma resposta adequada para uma nova situação ou uma resposta nova a uma situação antiga, assim sendo, pode-se dizer que a espontaneidade refere-se a um estado psicológico de disponibilidade.

Na teoria da personalidade o conceito de espontaneidade representa uma dificuldade, isto é, se por um lado a espontaneidade está para atributos positivos, tais como, a liberdade de expressão, a abertura, a expressão adequada de sentimentos e pensamentos e a ausência de inibição, por outro lado a espontaneidade é vista como uma qualidade descontrolada de emoções e comportamentos (Davelaar, Araujo & Kipper, 2008).

Os atributos positivos da espontaneidade têm sido associados a uma boa saúde mental, enquanto que os negativos foram considerados sinais de psicopatologia.

A espontaneidade deve ser reflectida como uma energia psicológica que compele o sujeito a agir adequadamente sem um segundo pensamento, inibição ou culpa (Collins et al, 1997, citado por Davelaar, Araujo, & Kipper, 2008)

Na abordagem de Moreno a proposta essencial para a psicoterapia é a afirmação de que a espontaneidade leva a uma saúde psicológica normal (Moreno 1953, citado por

Kipper, 2006). A inexistência de validação empírica a esta afirmação, relata uma séria questão sobre a fundamentação teórica do psicodrama clássico (Moreno, 1964).

Na perspectiva de Steitzel e Hughey (1994), a espontaneidade era considerada como um estado de espírito necessário para tentar alcançar a alegria e a profunda satisfação. Para Maslow (1970) um sujeito espontâneo alcançaria a auto-realização.

Num estudo realizado por Kipper & Shemer (2006), conclui-se que a espontaneidade se relaciona positivamente com o bem-estar e negativamente com o stress (Kipper & Shemmer, 2006, citado por Kipper, 2006), o que proporciona uma base empírica para a teoria proposta por Moreno (1964), sobre a proposta quanto à relação entre espontaneidade e saúde mental. O sujeito que seja espontâneo está bem posicionado para ter uma orientação melhor com a vida, para ser mais inspirado e mais real, para sofrer menos ansiedades (Moreno 1964, citado por Kipper, 2000).

A espontaneidade e a ansiedade estão relacionadas uma com a outra, ou seja, quando a espontaneidade aumenta a ansiedade diminui e vice-versa (Moreno et al., 2000, citado por Kipper, 2000).

De acordo com a teoria clássica há três tipos de espontaneidade diferentes, a patológica, a estereotipada e a de alto-grau. A patológica e a de alto-grau representam os dois extremos opostos, ou seja, o contrário ou o oposto de espontaneidade é a patologia. Esta afirmação é consistente com a alegação de que a espontaneidade apresenta uma correlação negativa com a ansiedade (Moreno 1964, citado por Kipper, 2000).

A espontaneidade patológica, é encarada na medida em que apresenta novidade, mas muito pouca adequação. A espontaneidade estereotipada é considerada como uma resposta adequada para a situação, mas necessita de novidade ou criatividade. Por último a espontaneidade de alto-grau é ponderada como uma resposta adequada, com características de novidade e criatividade, podendo ter a forma de poemas, objectos artísticos, de acção, ou seja, o resultado das respostas deve ser novo e ter utilidade (Moreno 1964, citado por Kipper, 2000).

No que se refere à avaliação psicométrica da espontaneidade foram desenvolvidos três instrumentos: a Ward Atmosphere Scale (WAS) (Rossberg & Friis, 2003), a Personal Attitude Scale II (PAS-II) (Kellar et al., 2002) (uma versão que resulta da revisão da versão original Personal Attitude Scale (PAS) (Collins et al., 1997), constituída por 66

itens) e a Spontaneity Assessment Inventory Revised (SAI-R) (Kipper & Shemer, 2006; Davelaar e Kipper, 2008), é um inventário de avaliação de espontaneidade, sendo o mais ligado ao conceito de espontaneidade moreniano. Este instrumento foi o seleccionado para aplicação nesta investigação.

Bem-Estar Psicológico

O Bem-Estar Psicológico tem sido objecto de estudo científico desde há um século, foi proposto na década de 80, por Carol Ryff (1989). No passado, o “bem-estar” era definido em alguns estudos como sinónimo de “não estar doente”, como uma ausência de ansiedade, depressão ou outras formas de problemas mentais. Ryff associou o Bem-Estar Psicológico ao bom funcionamento mental do indivíduo (saúde mental), traduzindo a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo, as dimensões que possibilitavam sentimentos de satisfação e felicidade consigo próprio, com as condições de vida existentes no ramo social e relacional, com as suas realizações pessoais passadas e expectativas futuras (Novo 2003, citado por Tavares & Claudino, 2010).

Torna-se primordial salientar a distinção entre os termos Bem-Estar Subjectivo e Bem-Estar Psicológico, que muitas das vezes são usados como sinónimos.

O Bem-Estar Subjectivo centra-se numa proposta que visa essencialmente considerar a avaliação que os indivíduos fazem das suas próprias vidas, tendo em conta as suas experiencias emocionais, positivas e negativas e tendo por base valores, necessidades, expectativas e crenças pessoais. Assim sendo, o Bem-Estar Subjectivo avalia-se perante dois indicadores, um de natureza cognitiva, que diz respeito à Satisfação com a Vida, e o outro de natureza afectiva que refere o equilíbrio entre afectos positivos e negativos relatados pelo sujeito (Diener 2000, citado por Novo, 2005).

Enquanto o Bem-Estar Subjectivo replica a ideia de uma perspectiva hedónica, de busca de prazer e felicidade, o Bem-Estar Psicológico fundamenta-se no sentido aristotélico, que refere a realização pessoal do individuo com a felicidade, ao qual Aristóteles denominou por Eudaimonia, que significa busca de excelência pessoal (Queroz & Neri, 2005).

Keys e colaboradores efectuaram estudos de investigação sobre os conceitos de Bem-Estar Subjectivo e Bem-Estar Psicológico, descrevem que estão conceitualmente

relacionados, mas empiricamente separados, diferem de aspectos sociodemográficos e de personalidade, (Keys, Shmotkin & Ryff 2002, citado por Siqueira & Padovam, 2008).

De acordo com Ryff (1995), o Bem-Estar Psicológico é constituído por seis dimensões distintas que são: **Autonomia** – sentimento de autodeterminação, capaz de realizar auto-avaliações, capacidade para seguir as suas próprias convicções; **Domínio do meio** – capacidade para gerir a sua própria vida nos âmbitos profissionais, familiares e pessoais; **Crescimento pessoal** – sentimento de desenvolvimento contínuo, abertura a novas experiências; **Relações positivas com os outros** - possuir vínculos de afecto e confiança com os outros; **Objectivos na vida** – caracteriza-se por ter metas e objectivos que confirmam significado à vida; **Aceitação de si** – possuir uma atitude positiva perante si próprio e a sua vida passada.

Diversas concepções teóricas têm surgido para demonstrar o conceito de Bem-Estar Psicológico, numa abordagem clínica, nomeadamente, os fenómenos de individuação de Jung (1933); Maslow (1968) sobre a auto-realização; Allport (1961), sobre maturidade; Rogers (1961) sobre funcionamento total; Jahoda (1958) acerca da saúde mental e Erikson e Neugarten (1959/1973) através da teoria psicossocial do desenvolvimento humano, estes autores constituíram contributos essenciais na definição do modelo de Bem-estar Psicológico proposto por Ryff (Siqueira & Padovam, 2008).

As investigações realizadas ao nível do Bem-estar tem tido como referencia as variáveis sócio-demográficas, idade, género, estado civil, nível de educação, a saúde e a riqueza, estas variáveis são analisadas quer ao nível de estudos específicos por país, quer de comparação entre países (Novo, 2005). Apresentaremos alguns resultados de estudos associados a este construto, pois eles são pertinentes para esta tese.

No modelo de Bem-estar psicológico realça-se a capacidade adaptativa dos idosos e o reajustamento dos objectivos, ou mesmo as prioridades de vida dos mais velhos (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, Magee, Kling, & Wing 1999, citado por Novo, 2005). Neste estudo constatou-se que os objectivos de vida e o crescimento pessoal tendem a diminuir na velhice, enquanto a autonomia, relações positivas com os outros e a aceitação de si anunciam níveis superiores.

Num estudo de Bem-estar psicológico relativo à variável *sexo*, numa amostra norte americana, revelou-se uma superioridade das mulheres comparativamente aos homens no que se refere às relações positivas com os outros (Ryff et al., 1995; 1999, citado por Novo, 2005). Na população portuguesa as mulheres relativamente às dimensões de crescimento pessoal e objectivos de vida, registaram níveis de bem-estar inferiores (Novo 2000; 2003, citado por Novo, 2005).

Estas diferenças nos estudos podem ser relevantes pelo facto de existirem desigualdades a nível sócio-cultural na gestão de direitos e oportunidades de desenvolvimento para os dois géneros, entre países.

A variável sócio-demográfica casamento parece estar ligada também a algumas dimensões de Bem-estar Psicológico (Keyes & Ryff 1998, citado por Novo, 2005). Os indivíduos solteiros apresentam níveis superiores aos dos casados, essencialmente na autonomia e crescimento pessoal. É notório salientar que indivíduos casados ou a viverem juntos, apresentam níveis de felicidade superior, desfrutando de mais saúde mental e física do que os que vivem sozinhos (Simões et al., 2000, citado por Ferreira, 2007).

Um estudo realizado numa amostra de indivíduos de risco de doenças neurológicas hereditárias, os indivíduos em risco apresentaram uma menor ansiedade e um maior bem-estar positivo, mostrando indicadores de Bem-estar Psicológico maiores do que indivíduos de uma amostra não clínica (Leite, Paúl & Sequeira, 2002).

Medidas de avaliação de Bem-estar Psicológico

As escalas de Bem-estar Psicológico foram largamente utilizadas em estudos de diversas naturezas metodológicas, há pelo menos 18 traduções linguísticas diferentes (Frazier, Mintz & Mobley, 2005; Ryff & Singer, 1996).

Há três versões de apresentação das escalas de Bem-estar Psicológico: a forma original (Ryff 1989) constituída de 20 itens por escala, totalizando 120 itens, uma outra composta por 14 itens por escala, ou seja, 84 itens no total (Ryff & Essex, 1992) e por último a forma reduzida que é composta por 3 itens por escala, sendo o conjunto das escalas constituídas por 18 itens (Ryff & Keyes, 1995).

A psicossomática

A palavra psicossomática deriva dos termos gregos *psyche* e *soma*, que significam “mente” e “corpo”, respectivamente. Estes termos tem uma utilização com longa tradição histórica e cultural.

A expressão “psicossomática”, após séculos de estruturação, despontou no século passado através de um psiquiatra alemão de nome Heinroth, que criou a expressão “psicossomática” em 1918 e em 1928 introduziu o termo “somatopsíquica” (Mello Filho, 1992).

Na idade média a doença era atribuída ao pecado, sendo o corpo o *locus* dos defeitos e pecados e a alma atribuída aos valores supremos como, a espiritualidade e racionalidade, (Fava 2000, citado por Castro, Andrade & Muller, 2006).

De uma forma geral pode-se afirmar que o início do movimento psicossomático foi marcado por três grandes correntes, a primeira inspirada nas “teorias psicanalíticas”, apoiado no conceito de doença psicossomática, aplicando estudos sobre o inconsciente, benefícios secundários do adoecer entre outros, a segunda é vista como uma fase intermédia, de “inspiração biológica”, behaviorista, baseada em estudos sobre stress, e por último, considerada a mais actual, a fase multidisciplinar, que destaca a importância da dimensão social e as suas interconexões com a visão psicossomática (Mello Filho 1992, citado por Silva & Muller, 2007).

A psicossomática é uma abordagem que contempla a totalidade dos processos relacionais entre os sistemas somáticos, psíquicos, social e cultural (Griker 1953, citado por Haynal et al., 1997/2001).

Só actualmente, é que a psicossomática se tem tornado uma área de interesse no campo da saúde mental, recaindo automaticamente na questão da relação, *psyqué - soma*, (Silva, 1994). Alexander, em 1946, postulou que, “*teoricamente cada doença é psicossomática uma vez que factores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas e hormonais* (Alexander, 1987/1989).

As pesquisas acerca deste tema foram avançando a partir das diversas escolas (europeia, inglesa, francesa e americana), que, na tentativa de estudar as inter-relações somatopsíquicas, esboçaram várias abordagens que enfatizam entre outros, factores

fisiológicos e psicológicos ou ambos. Assim sendo, e numa tentativa de elucidar melhor este tema faremos uma referencia breve a estas escolas.

Nos Estados Unidos o interesse pela psicossomática surge por volta dos anos 30, consolidando-se em meados deste século com Alexander e Dunbar da Escola de Chicago. Estes autores consideram que os transtornos psicossomáticos seriam “*consequência de estados de tensão crónica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo*” (Cardoso 1995, citado por Cerchiari, 2000).

Em França, a partir dos anos 50, Pierre Marty e M^Uzan, psicanalistas, ampliaram de forma significativa a teoria e clínica psicossomática, lançando importantes conceitos como o de *pensamento operativo*. Este pensamento evoca a prisão que o indivíduo sente com o concreto e a orientação pragmática, tendo assim pouca ligação com o seu inconsciente (Castro, Andrade, & Muller, 2006).

Segundo estes autores a doença resulta de uma falha na organização do indivíduo. A ideia central é que os indivíduos psicossomáticos diferem dos normativos pela pobreza do mundo simbólico, existindo pouca elaboração psíquica (Castro, Andrade, & Muller, 2006).

No início da década de 70, Sifneos (escola de Boston), inspirado nos trabalhos de Marty e M^Uzan, propôs o termo alexitimia. Os pacientes queixavam-se de sintomas somáticos, onde na maioria das vezes não existia sintomas físicos. Estes pacientes caracterizavam-se como tendo um pensamento simbólico, ou seja, os sentimentos e os desejos não apareciam (Cerchiari, 2000).

Nos anos 90, Sami-Ali, propôs um modelo teórico e uma metodologia específica, onde o somático é entendido globalmente na sua complexidade e não apenas na falha psíquica. Postulou um modelo teórico de características multidimensionais (Vicente, 2005).

A vida emocional modifica o orgânico, e o orgânico modifica a vida emocional. Nesta visão, Sami-Ali, refere que a vida orgânica e a vida afectiva são relacionais, ou seja, o diagnóstico médico não se restringe somente a patologia orgânica mas comporta a patologia afectiva (Bertolus, 2001).

Psicossomática e Psoríase

A psicossomática centra-se na interacção entre o biológico, o psíquico e o social. É notório salientar o stress como causador de distúrbios psíquicos, essencialmente indivíduos que sofram de dermatoses como é o caso dos psoriáticos. Neste caso o paciente sente-se responsável pela sua doença (Bertolus, 2001).

A pele expressa os sentimentos, mesmo quando não se está ciente deles, ou seja, é considerado um órgão do sistema nervoso e um órgão imunitário que traduz todo o inconsciente (Azambuja 2000, citado por Silva & Muller, 2007).

A psoríase é classificada no grupo das psicodermatoses, sendo o factor emocional preponderante para o agravamento desta doença (Silva & Muller, 2007).

Num estudo realizado na Turquia mostrou que a depressão está essencialmente associada a psoríase, influenciando o desenvolvimento dos tratamentos (Akay, Pekcanlar, Bozdog, Altintas & Karamant 2002, citado por Silva & Muller, 2007). É de salientar que num outro estudo realizado por Seville (1977), se mostrou que acontecimentos importantes que deram origem ao stress ocorreram antes da primeira crise de Psoríase (Dubertret 1995, citado por Bertolus, 2001).

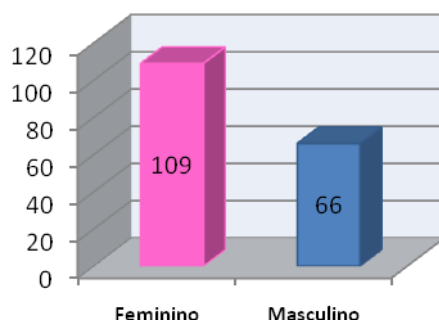
Método

Amostra

O número de participantes que constituíram esta amostra foi de um total de 175 sujeitos, 109 do género feminino e 66 do género masculino (Anexo 1 – Tabela A).

Figura 1

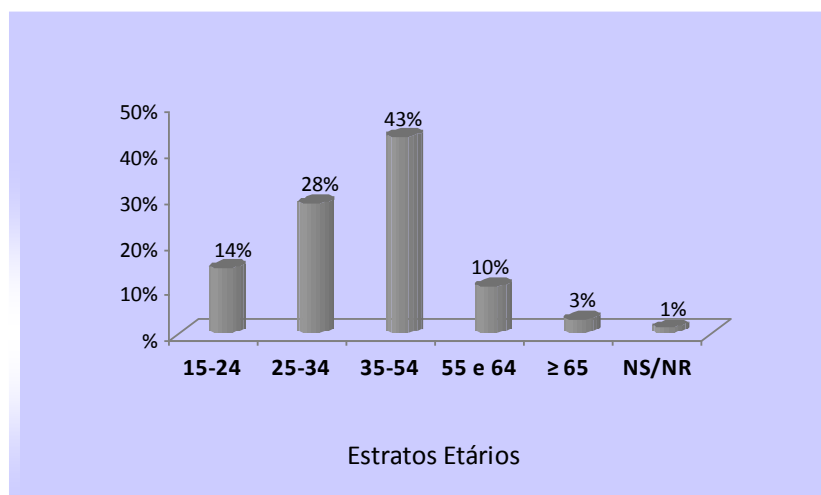
Distribuição dos sujeitos por género



Neste estudo as idades dos sujeitos estão compreendidas entre os 19 e os 73 anos como podemos verificar na figura 2, na referida amostra 2 sujeitos não especificaram a sua idade, a média das idades é $M = 39$, e o desvio-padrão, $DP = 13$.

Figura 2

Percentagem de sujeitos por estratos etários



Nesta amostra no que respeita às habilitações académicas pode-se constatar que os participantes têm na sua maioria o curso superior finalizado, 88 sujeitos, seguindo-se 48

sujeitos com equivalência ao 12º ano e 39 tem frequência de curso superior. Nenhum dos participantes apresentou ter a 4ª classe ou o 9º ano ou seus equivalentes (Anexo 1 – Tabela A).

Figura 3

Número de sujeitos por grau académico

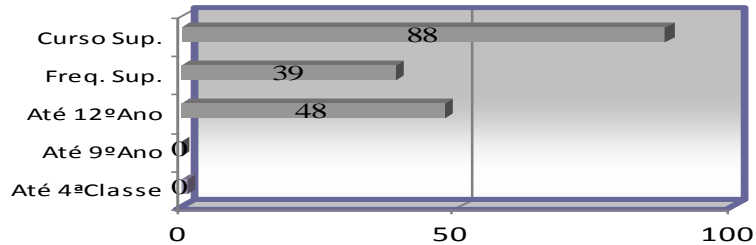
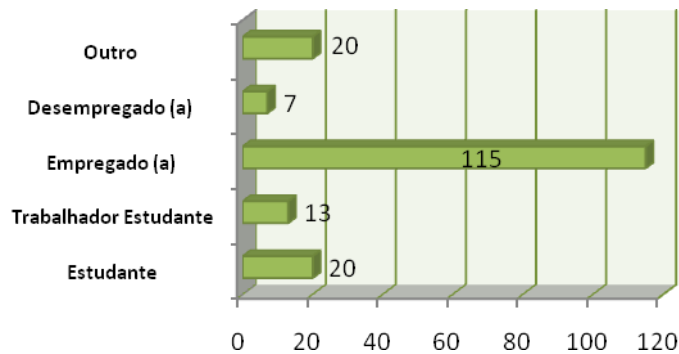


Figura 4

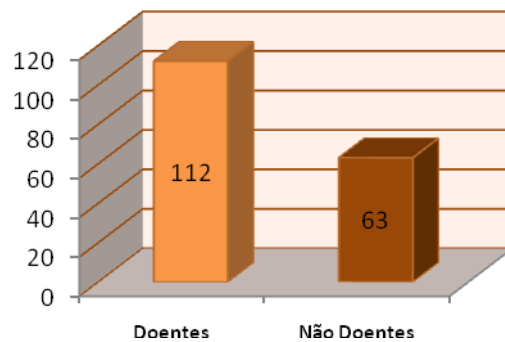
Número de sujeitos analisados pela Situação profissional



Na presente amostra os sujeitos estão distribuídos da seguinte forma na sua situação profissional: 20 sujeitos são estudantes, 13 trabalhadores estudantes, 115 tem emprego, 7 são desempregados e 20 sujeitos deram como resposta, “outro”, isto é, podem ser reformados, ou outra profissão não especificada no questionário (Anexo 1 – Tabela A).

Figura 5

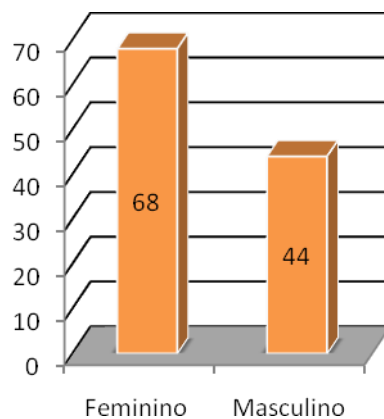
Número de sujeitos doentes de Psoríase e não doentes



Como nos mostra a figura 5, em relação a nossa amostra pode-se verificar que 112 sujeitos são doentes de psoríase e 63 são não doentes (Anexo 1 – Tabela C).

Figura 6

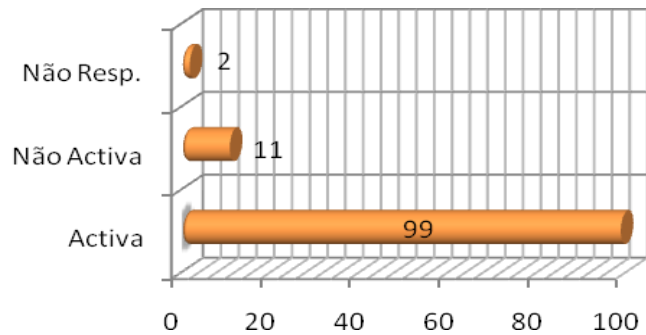
Género na amostra de doentes



Como se pode verificar na figura 6, a amostra de doentes de género feminino é predominante, tendo portanto, 68 (61%) mulheres e 44 (39%) homens (Anexo 1 – Tabela C).

Figura 7

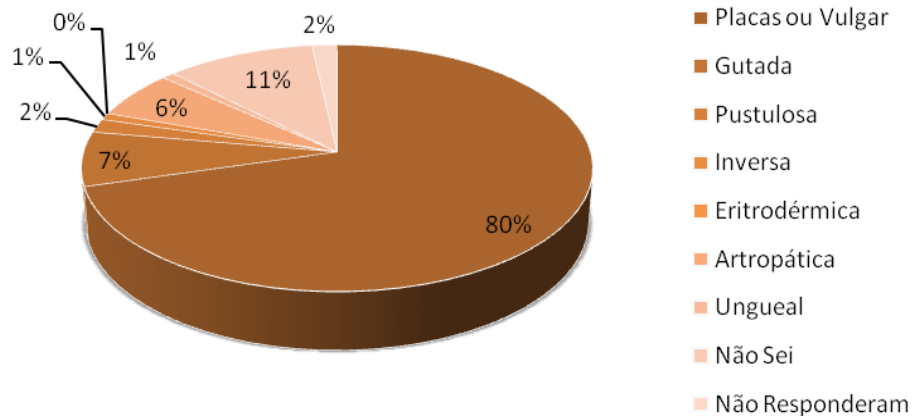
Fase actual da doença



Os doentes de psoríase no momento que responderam ao nosso questionário encontravam-se, na sua maioria, (99) numa fase activa da sua doença, como podemos verificar na figura 7, 11 sujeitos encontravam-se numa fase não activa da doença e 2 não responderam à pergunta (Anexo 1 – Tabela C).

Figura 8

Percentagem de sujeitos distribuídos pelos tipos de psoríase

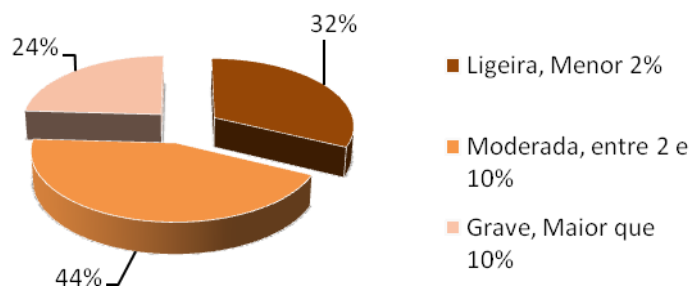


Nesta amostra, 79 (80%) sujeitos têm psoríase em placas ou vulgar, 12 sujeitos (11%) não sabem o tipo de psoríase que têm, 8 sujeitos (7%) têm psoríase de tipo gutada, seguindo-se de 7 (6%) sujeitos com psoríase artropática .

É notório salientar que nesta amostra não existe nenhum sujeito com psoríase de tipo eritrodérmica (0%), inversa e ungueal (1%) e pustulosa (2%) são as de menor frequência (Anexo 1 – Tabela C).

Figura 9

Percentagem do grau da psoríase nos sujeitos



O grau de psoríase dos sujeitos desta amostra está distribuído da seguinte forma: 49 (44%) dos sujeitos têm um grau de psoríase no seu corpo moderado, 36 (32%) dos sujeitos encontra-se num grau ligeiro e 27 (24%) têm um grau grave, o que significa que o corpo está muito afectado pela doença (Anexo 1 – Tabela C).

Instrumentos

Toronto Alexithymia Scale (TAS- 20)

A Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens é fruto da investigação continuada a partir da versão original de 26 itens (Taylor, Ryan e Bagby 1985, citado por Prazeres, 2004) (Anexo 2).

A TAS-20 é um instrumento de auto-registo constituído por 20 itens, como exemplo, “Fico muitas vezes confuso/a sobre qual a emoção que estou a sentir”; “Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos”; “Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas”, cada exemplo destes está apresentado em cada uma das três sub-escalas para avaliar a alexitimia. É necessário salientar que é pedido ao sujeito que registe o seu grau de concordância para cada um

dos itens numa escala de tipo Likert de cinco pontos, que tem início em discordo totalmente (1), e acaba em concordo totalmente (5).

A TAS-20 tem três sub-escalas que ajudam a avaliar a alexitimia:

DIS- dificuldade em identificar sentimentos (itens 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14).

DDS- dificuldade em descrever sentimentos (itens 2, 4, 11, 12 e 17).

POE- pensamento orientado para o exterior (itens 5, 8, 10, 15, 16, 18,19 e 20).

Na versão portuguesa, aferida em 1996 (Prazeres, 2004), o coeficiente de precisão interna alpha de Cronbach é de 0.79. A precisão teste-reteste apresentou coeficientes de correlação de 0.90 com 3 semanas de intervalo e 0.86 com 6 semanas de intervalo. Os estudos efectuados, demonstraram também a replicabilidade da estrutura factorial em 3 factores.

O resultado final é calculado somando o valor atribuído a cada item, sendo que os itens, 4,5,10,18 e 19 são de cotação inversa.

No que se refere à interpretação dos resultados, identifica-se uma alexitimia elevada se o valor se registar numa pontuação igual ou superior a 61. Quando a pontuação se insere num valor igual ou inferior a 51 é classificada como baixa alexitimia, por fim se os valores da pontuação forem intermédios, isto é, 53 e 60, equivalem a uma alexitimia moderada.

Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R)

É um inventário de auto-registo concebido para medir a intensidade da espontaneidade, aderindo á intensidade de sentimentos e pensamentos que caracterizam o estado de espírito descrito como espontaneidade.

O inquérito coloca a pergunta: “Com que intensidade tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?”. Segue-se uma lista de 18 itens que descrevem vários sentimentos e pensamentos diferentes, assim como, “Criativo/a”, “Desinibido/a”, “ As coisas parecem fluir”, “ Vivo/a”, “Livre para agir, até exageradamente” ou “Vivendo plenamente com equilíbrio”. Os itens são avaliados pelos sujeitos numa

escala de Likert de 5 pontos, ordenados de, 1 = muito fraco (nunca/raramente) até 5 = muito forte (frequentemente/sempré).

O SAI-R é uma ligeira modificação da versão original do Spontaneity Assessment Inventory (SAI) (Christoforou e Kipper 2006; Kipper & Hundal, 2005). O SAI original tinha 20 itens numa escala de Likert de 6 pontos. A investigação com o SAI revelou correlações positivas com o bem-estar (Kipper & Hungal, 2005), e correlacionou-se negativamente com o traço e estado de ansiedade e tendência obsessiva-compulsiva (Christoforou & Kipper, 2006).

A versão revista SAI-R correlacionou-se positivamente com o bem-estar e negativamente com o stress, com alpha de Cronbach de 0.79 (Kipper & Shemer, 2006).

O resultado final é calculado pelo somatório do valor atribuído a cada um dos 18 itens, no intervalo possível de 18 a 90.

Utilizou-se o SAI-R que está adaptado para a língua portuguesa e foi autorizada pelos seus tradutores, Vera Baptista e António Gonzalez.(Anexo 3).

Escala de Bem-estar Psicológico – Versão Reduzida (EBEP)

A escala de Bem-estar Psicológico (EBEP) foi originalmente intitulada de *Scale of Psychological Well-Being*, tendo sido construída por C. Ryff em 1989.

A versão utilizada foi a versão reduzida construída por Rosa Novo, Maria Eugénia Duarte Silva e Elizabeth Peralta em 2003. O inquérito é composto por 18 afirmações que pretendem ajudar o sujeito a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e satisfação consigo próprio, assim como, “*Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas*”, “*Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida*” ou “*Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades*”. Os itens são avaliados pelos sujeitos numa escala de Likert de 5 pontos, ordenados de, 1 = discordo completamente até 5 = concordo completamente (Anexo 4).

A EBEP reduzida tem seis sub-escalas que ajudam a avaliar o bem-estar psicológico, cada uma com itens positivos e negativos:

Autonomia – (itens positivos – 1; itens negativos – 7,13)
Domínio do meio – (itens positivos – 8; itens negativos – 2, 14)
Crescimento pessoal – (itens positivos – 3, 9; itens negativos – 15)
Relações positivas com os outros – (itens positivos – 10; itens negativos – 4, 16)
Objectivos de vida – (itens positivos – 11; itens negativos – 5, 17)
Aceitação de si – (itens positivos – 6, 12); itens negativos – 18)

No que se refere à cotação, os itens positivos ficam com a pontuação directa correspondente à resposta dada pelo sujeito. Os itens negativos são de cotação inversa.

De acordo com Rosa Novo e colaboradores (2006), num estudo de validação de medidas de BEP em amostras com e sem patologia identificou-se numa amostra com patologia um alpha igual a 0.86 e um desvio padrão de 16.4. Relativamente a amostra sem patologia constatou-se um alpha de 0.84 e um desvio padrão de 9.6.

Formulário de Características Pessoais

Conjuntamente com os instrumentos acima referidos, cada sujeito preencheu um formulário onde constava informações pessoais, tais como: género, habilitações académicas, situação profissional, doente de psoríase ou não doente, há quanto tempo sabe que é doente de psoríase, data de início dos sintomas, data do último surto, fase actual da doença, tipo de psoríase e grau da sua psoríase (Anexo 5).

Procedimento

Para que este estudo tivesse uma amostra representativa da população portuguesa portadora de psoríase, contactou-se uma entidade credível e reconhecida para pedir a sua colaboração nesta investigação. Assim, foi contactada por via telefónica a Associação Portuguesa de Psoríase (PsoPortugal), solicitando a colaboração na presente investigação. O presidente da PsoPortugal marcou uma reunião na sede da associação, para ser apresentado o tema da investigação e os objectivos pretendidos com a mesma.

Após essa reunião o presidente da PsoPortugal revelou completa disponibilidade para colaborar neste estudo académico, ficou combinado entre partes que os questionários

realizados on-line seriam enviados para o mesmo, para que os enviasse para todos os sócios.

Na reunião, foi acordado que era o presidente da PsoPortugal a enviar os questionários para os sócios por questões de anonimato, não sendo possível ter qualquer acesso aos email's dos sócios da PsoPortugal.

Para os participantes não doentes de psoríase deste estudo, o processo de recolha de dados, foi realizado igualmente por questionários on-line, através da rede social da autora deste estudo.

Foi explicado que este era um estudo académico e garantido o total anonimato dos participantes.

Os questionários foram colocados on-line no dia 18 de Maio de 2010 e retirados no dia 21 Junho de 2010. O questionário foi elaborado na Plataforma Google Docs. Os participantes recebiam, através de email, um link de acesso à Plataforma, através do qual acediam inicialmente a uma folha de instruções, seguida do formulário de caracterização pessoal e da sequência das escalas TAS-20, SAI-R e EBEP¹.

¹ Devido a um erro técnico apenas detectado no final do período de recolha de dados, 2 itens da escala TAS-20 (19 e 20) foram eliminados. Esse facto deverá ser tido em conta na análise dos resultados.

Resultados:

Apresenta-se após tratamento estatístico dos dados obtidos (programa informático SPSS), os resultados relevantes para esta investigação.

Realizou-se a análise da consistência interna das escalas da alexitimia (TAS-20), da espontaneidade (SAI-R) e do bem-estar psicológico (EBEP), recorrendo-se ao alpha de Cronbach. Esta medida varia entre zero e um, sendo que valores de alpha superiores a 0,9 identificam uma consistência muito boa; valores entre 0,80 e 0,90 identificam uma consistência boa; valores entre 0,7 e 0,8 identificam uma consistência razoável; valores entre 0,6 e 0,7 identificam uma consistência fraca; e valores abaixo de 0,6 identificam uma consistência inadmissível (Pestana e Gageiro, 2003).

Os valores de alpha de Cronbach estiveram entre 0,518 e 0,873 para as sub-escalas POE e DIS, respectivamente. Já o total da Tas-20 (0,883) apresentou o valor mais elevado (Anexo 6 – Tabela D). O valor obtido para a escala da espontaneidade é revelador de uma consistência interna muito boa (0,948) (Anexo 6 – Tabela E). Os valores de alpha de Cronbach obtidos nas sub-escalas do bem-estar psicológico variaram entre 0,490 e 0,726, para as sub-escalas autonomia e aceitação de si, respectivamente (Anexo 6 – Tabelas J;K;L;M;N;O). Para o total da escala, o valor de alpha de Cronbach denota uma boa consistência interna (Anexo 6 – Tabela I).

Os coeficientes de precisão interna, avaliados pelo alpha de Cronbach (α), foram de 0.883 para a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), de 0.948 para o Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R) e de 0.859 para a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (Anexo 6 – Tabela I).

Estes valores garantem-nos a consistência interna dos testes, revelando-os como bastante fidedignos.

Em relação ao alpha de Cronbach da TAS-20 obtido nesta investigação, o valor é superior ao estudo por Prazeres e Colaboradores em 2004 e também superior ao estudo de Baptista 2009, como podemos verificar na tabela 1.

Os coeficientes de precisão interna registados nos factores da TAS-20 são de boa consistência para DIS ($\alpha = 0.873$), DDS ($\alpha = 0.770$) e POE ($\alpha = 0.518$) (Anexo 6 – Tabelas F;G;H).

Tabela 1. Tabela comparativa da consistência interna do total da TAS-20 e dos 3 factores constituintes da TAS-20, obtidos na escala portuguesa, no estudo de Baptista (2009) e no presente estudo.

Factores	Consistência Interna Alpha de Cronbach Escala portuguesa	Consistência Interna Alpha de Cronbach Estudo Baptista (2009)	Consistência Interna Alpha de Cronbach Presente Estudo
TAS-20 (Total)	0.790	0.794	0.883
DIS	0.830	0.860	0.873
DDS	0.650	0.590	0.770
POE	0.600	0.283	0.518

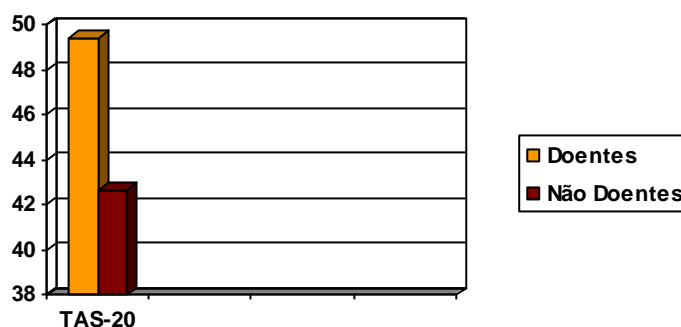
No que concerne ao SAI-R o alpha obtido nesta investigação foi superior ao valor encontrado com a versão original de Kipper & Shemer, 2006 que foi igual a 0.79, na versão portuguesa Baptista 2009, $\alpha = 0.94$, igual ao valor encontrado no presente estudo.

Em relação ao alpha de Cronbach da EBEP, o valor obtido nesta investigação foi equivalente ao valor encontrado por Rosa Novo 2006, $\alpha = 0.86$ numa população com patologia e $\alpha = 0.84$ numa população sem patologia.

As cotações dos sujeitos na TAS-20 revelaram uma média total da amostra de 46.99 e um desvio-padrão de 12.442. os doentes de psoríase apresentaram uma média de 49.43 e os não doentes uma média de 42.65, como podemos verificar na tabela 4.

Figura 10

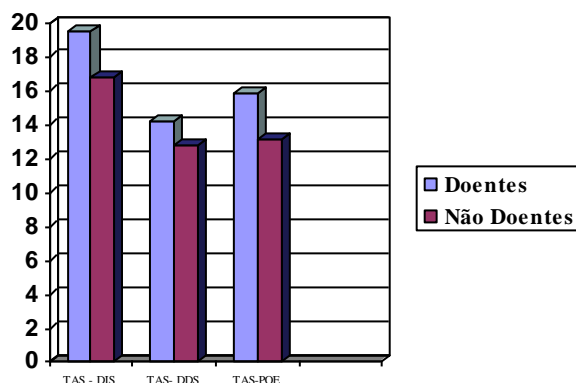
Médias obtidas com a TAS-20 para a amostra clínica e amostra Normativa



Ao analisarmos os três factores da Tas-20 DIS, DDS, POE, separadamente também encontramos diferenças significativas entre as médias na amostra clínica e na amostra do grupo Normativa.

Figura 11

Médias obtidas com a DIS, DDS e POE para a amostra clínica e amostra Normativa



Nas respostas dadas ao SAI-R, obteve-se na amostra total uma $M= 57,65$ e um desvio padrão igual $11,94$, na amostra de doentes de psoríase a $M= 56,94$ e na de não doentes é igual a $58,9$, como podemos verificar na tabela 4.

Não havendo um valor estabelecido que corresponda a uma elevada espontaneidade e a uma reduzida espontaneidade, existe apenas como termo de comparação, o valor médio 54 , do intervalo possível de resposta ao SAI-R, entre 18 e 90 .

Referente ao Bem-Estar Psicológico (EBEP), obteve-se na amostra total uma média igual $75,58$ e um desvio-padrão de $13,379$. Na amostra de doentes a $M= 73,06$ e nos não doentes $M= 80,05$, como podemos verificar no quadro, houve diferenças significativas entre as amostras, como podemos verificar na tabela 4.

Tabela 2. Tabela comparativa das médias e desvios-padrão, obtidos no estudo original de adaptação da escala portuguesa (Novo et al., 2004) e no presente estudo, no total da EBEP e nas suas sub-escalas.

Dimensões de EBEP	Amostra Com Psicopatologia (N=74) *	Amostra Sem Psicopatologia (N=96) **	Amostra do Presente Estudo (Doentes) (N=109)	Amostra do Presente Estudo (Não Doentes) (N=66)
Autonomia	10.71 (3.7)	13.5 (2.7)	11.74 (3.1)	11.60 (2.8)
Domínio do Meio	9.85 (3.5)	13.2 (2.5)	10.9 (3.0)	11.40 (3.1)
Crescimento	12.53 (3.5)	14.9 (2.7)	13.25 (2.7)	15.52 (1.9)

Pessoal				
Relações Positivas	9.98 (3.7)	14.2 (2.9)	11.96 (3.5)	13.52 (2.9)
Objectivos na vida	11.12 (4.1)	14.5 (3.1)	12.78 (3.5)	14.56 (2.6)
Aceitação de Si	9.66 (3.7)	13.8 (2.8)	12.44 (3.5)	13.44 (2.7)
EBEP Total	63.84 (16.4)	83.79 (9.6)	73.06 (14.33)	80.05 (10.15)

* Valores obtidos em EBEP-R (18 itens); ** Valores estimados para versão EBEP-R (18itens) a partir da versão original portuguesa das EBEP nas EBEP-R (18 itens) com a amostra do concelho de Ermesinde (Lima, Marques & Novo, 2004).

Para investigar as diferenças entre os grupos para a alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico analisou-se primeiramente a normalidade e a distribuição das variáveis de acordo com as amostras para a escolha do melhor teste a utilizar na análise das diferenças (Anexo 7 – Tabela P)

De acordo com os resultados do teste de Levene, as variáveis Total da escala do bem-estar psicológico e as sub-escalas Crescimento pessoal e Objectivos na vida não apresentaram variâncias iguais nos dois grupos. Analisando os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov apenas apresentaram distribuição normal as variáveis DDS, Espontaneidade e Bem-estar psicológico Total já que as significâncias associadas ao teste foram inferiores a 0,05.

Os resultados permitem afirmar que apenas as escalas DDS e SAI-R reúnem os pressupostos para a utilização do teste *t* de diferenças de médias, sendo que nas restantes se optará pelo teste de Wilcoxon- Mann-Whitney. Podemos observar na Tabela 3 os resultados.

Tabela 3 - Análise da Normalidade e distribuição da alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico.					
		Leven	Sig.	Kolmogorov-Smirnov ^a	Sig
Alexitimia	DIS	1,172	0,280	0,082	0,006
	DDS	0,032	0,859	0,067	0,054
	POE	1,182	0,279	0,102	0,000
	Total	0,030	0,862	0,079	0,010
Espontaneidade		0,602	0,439	0,063	0,088
Bem-estar	Total (BEP)	7,405	0,007	0,057	0,200
	Autonomia	0,690	0,407	0,081	0,007
	Domínio do Meio	0,233	0,630	0,095	0,001

Psicológico	Crescimento Pessoal	8,565	0,004	0,138	0,000
	Relações Positivas	2,680	0,103	0,110	0,000
	Objectivos na Vida	5,530	0,020	0,106	0,000
	Aceitação de Si	3,026	0,084	0,125	0,000
Nota: ^a = correcção de Lilliefors					

Pode-se observar na Tabela 4 os valores estatisticamente significativos nas escalas, DDS ($t=2,020$; sig. =0,045), a DIS (M-W=2682,50; sig. =0,008), a POE (M-W=2021,00; sig. =0,000), no total da escala da alexitimia, (M-W=2391,000; sig. =0,000) no total da escala de bem-estar psicológico (M-W=2510,00; sig. =0,002), no crescimento pessoal (M-W=1778,00; sig. =0,000), nas relações positivas (M-W=2640,00; sig. =0,006) e nos objectivos na vida (M-W=494,00; sig. =0,001). Assim sendo, o grupo com psoríase apresentou, em média, valores mais elevados do que o grupo normativo.

Por outro lado, o grupo normativo apresentou valores em média mais elevados do que o grupo com psoríase no total da escala de bem-estar psicológico, no crescimento pessoal, nas relações positivas e nos objectivos na vida.

Tabela 4- Análise das diferenças entre os grupos com psoríase e grupo normativo para a alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico

		Grupo	M	DP	T	Sig.
Alexitimia	DDS	P	14,13	4,456	2,020	0,045
		N	12,73	4,251		
Espontaneidade		P	56,94	12,371	-1,047	0,297
		N	58,90	11,116		
					Mann-Whitney (M-W)	Sig.
Alexitimia	DIS	P	19,45	6,848	2682,500	0,008
		N	16,78	5,961		
	POE	P	15,86	3,145	2021,000	0,000
		N	13,14	3,573		
	Total	P	49,43	12,170	2391,000	0,000
		N	42,65	11,808		
Total		P	73,06	14,328	2510,000	0,002
		N	80,05	10,154		
	Autonomia	P	11,74	3,113	3400,500	0,690

Bem-estar psicológico		N	11,60	2,709		
	Domínio do Meio	P	10,90	3,052	3265,000	0,411
		N	11,40	3,108		
	Crescimento Pessoal	P	13,25	2,746	1778,000	0,000
		N	15,52	1,916		
	Relações Positivas	P	11,96	3,519	2640,000	0,006
		N	13,52	2,845		
	Objectivos na vida	P	12,78	3,515	2494,000	0,001
		N	14,56	2,589		
	Aceitação de Si	P	12,44	3,466	2996,000	0,096
		N	13,44	2,669		

Analisaram-se as diferenças para a alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico para as seguintes variáveis clínicas: há quantos anos tem psoríase; há quantos anos se iniciaram os sintomas; há quantos anos foi feito o diagnóstico; e há quanto tempo teve o último surto. Usou-se o teste de Kruskal-Wallis por ser o indicado para comparar dois grupos em variáveis ordinais ou nominais (Anexo 8 – Tabela R).

O coeficiente de correlação de Pearson, mede a associação entre duas variáveis de escala ou razão. Trata-se de uma medida que varia entre -1 e 1, sendo que o valor mais próximo dos valores extremos identifica associações fortes entre as variáveis.

Os resultados, apresentados na tabela 6, permitem observar a relação inversa da alexitimia com a espontaneidade e com o bem-estar psicológico. Os valores de correlação com a espontaneidade variaram entre -0,174 e -0,410 estatisticamente significativos para um intervalo de confiança de 95% e de 99%. As correlações com o bem-estar psicológico foram, também, inversas exceptuando a sub-escala domínio do meio, para um intervalo de confiança de 99,99% e de 95%.

A relação da espontaneidade e do bem-estar psicológico mostrou ser positiva, para um intervalo de confiança de 99,99%, com excepção da sub-escala autonomia.

Estes resultados permitem concluir que à medida que aumenta a alexitimia, diminui a espontaneidade, a autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas com os outros, os objectivos na vida e a aceitação de si. Pode-se completar a leitura dos resultados para as sub-escalas da alexitimia, que à medida que aumenta a

capacidade em identificar e descrever sentimentos, na alexitimia, diminuem: a espontaneidade, a autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas com os outros, os objectivos na vida e a aceitação de si. À medida que aumenta o pensamento orientado para o exterior diminuem a espontaneidade, a autonomia, o crescimento pessoal, as relações positivas com os outros, os objectivos na vida e a aceitação de si. E por último, à medida que aumenta a espontaneidade aumenta o bem-estar psicológico de um modo geral, mais especificamente, nas vertentes domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas com os outros, os objectivos na vida e a aceitação de si.

Tabela 6 - Análise das correlações da alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico.

		Alexitimia				Espontaneidade
		DIS	DDS	POE	TOTAL	
Esponaneidade		-0,410**	-0,349**	-0,174*	-0,402**	
Bem-estar Psicológico	Total	-0,609**	-0,632**	-0,446**	-0,674**	0,624**
	Autonomia	-0,346**	-0,425**	-0,302**	-0,405**	0,133
	Domínio do Meio	-0,465**	-0,340**	-0,080	-0,358**	0,477**
	Crescimento Pessoal	-0,309**	-0,350**	-0,398**	-0,384**	0,427**
	Relações Positivas	-0,472**	-0,521**	-0,387**	-0,524**	0,454**
	Objectivos na vida	-0,521**	-0,570**	-0,410**	-0,589**	0,568**
	Aceitação de Si	-0,477**	-0,484**	-0,337**	-0,490**	0,591**

Nota: **. $P \leq 0.01$; $p \leq 0.05$

Discussão dos Resultados

Neste trabalho, foram avaliadas as variáveis Alexitimia, Bem-Estar Psicológico e Espontaneidade em duas amostras, uma de doentes de Psoríase e outra de não doentes. Essas variáveis foram medidas através dos questionários TAS-20, que se destina a medir o nível de alexitimia, SAI-R com a finalidade de avaliar o nível de espontaneidade, e por último o que pretende avaliar o nível de bem-estar psicológico (EBEP).

Um dos objectivos deste estudo foi o de avaliar se existia uma correlação entre estes três conceitos. Foram encontrados valores de correlação negativa e significativos estatisticamente entre a alexitimia e a espontaneidade e entre a alexitimia e o bem-estar psicológico. Foram também encontrados valores de correlação positiva entre a espontaneidade e o bem-estar psicológico.

Como previsto, os resultados obtidos na tabela 4 demonstraram que há um valor mais elevado de alexitimia em doentes de psoríase (49,43) do que no grupo normativo (42,65). Neste estudo, o valor de alexitimia foi considerado reduzido/moderado, mas mesmo assim, encontraram-se diferenças significativas entre as duas amostras. Este resultado pode dever-se ao facto de a forma de recolher os dados ter sido diferente da usada nos estudos que nos serviram de referência. Optamos por fazer essa recolha não através do preenchimento dos questionários presencialmente, mas sim “online”.

Comparemos os resultados por nós obtidos e a literatura. Na nossa amostra, a idade média foi de 39 anos, sendo que a idade média da amostra de doentes de psoríase foi de 42 anos, a prevalência das idades de forma geral enquadrou-se no escalão entre 35 e 54 anos. Num estudo realizado por Figueiredo (2010) sugere-se que a psoríase pode aparecer em qualquer idade mas é mais frequente em adultos.

No presente estudo confirmou-se de acordo com a literatura que a psoríase mais vulgar é em placas (80%) e que 11% dos sujeitos não sabem o tipo de psoríase que tem, isto esclarece a hipótese que ainda há uma percentagem de doentes sem acompanhamento médico (Ferraz & Reis, 2009).

Num estudo elaborado por Esteves (1992) confirmou-se que a psoríase evolui por surtos ocasionais separados por períodos de remissão, indo de encontro aos resultados da

presente investigação, revelando que 99 dos sujeitos se encontrava num período activo da doença.

Num estudo realizado por Lipp (2003), defende-se que a psoríase está intrinsecamente ligada ao stress, afirmando que provoca um desencadeamento do stress emocional nos doentes. No caso da nossa amostra, os níveis de alexitimia elevados e do bem-estar psicológico e espontaneidade reduzidas pode servir de ponte para esse tipo de análise. Como se sabe, o stress e tudo o que deriva deste, como por exemplo a ansiedade, não é compatível com a espontaneidade e o bem-estar psicológico. Num outro estudo realizado por Kipper & Shemer (2006), conclui-se que a espontaneidade se relaciona positivamente com o bem-estar e negativamente com o stress, dados que foram no geral confirmados nesta investigação.

No que se refere à alexitimia nos doentes, os resultados do nosso estudo vão de acordo com o de Mingorance, Loureiro, Okino & Foss (2001) que analisaram os doentes de psoríase e o seu impacto emocional e as dificuldades que acarretam, concluindo que estes doentes tinham presentes indicadores de instabilidade emocional.

Perrot, Murray, Lowe & Mathieson (2000) analisaram e constataram existir nos doentes de psoríase problemas relativos ao isolamento social e rejeição, o que pode relacionar-se mais uma vez com os nossos resultados de uma espontaneidade e principalmente de um bem-estar psicológico reduzido.

No que se refere ao bem-estar psicológico é notório salientar que foram encontradas diferenças significativas nas duas amostras, mas é de salientar que as sub-escalas referentes ao crescimento pessoal e objectivos na vida foram as mais significativas o que nos faz acreditar que os sujeitos portadores de psoríase sentem-se sobretudo afectados na abertura a novas experiências e sentem-se mais débeis nas metas e objectivos que confirmam significado à vida.

Sabe-se que a psoríase pode ter aparecido de um trauma de infância ou em idade adulta que faz com que o sujeito expulse a dor que sente no orgânico. Assim podemos referir a explicação de Sami-Ali “ *a vida emocional modifica o orgânico e o orgânico modifica a vida emocional*”. De acordo com Alexander e Dunbar os transtornos psicossomáticos seriam “ *consequência de estados de tensão crónica, relativa à expressão inadequada*

de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo”, neste caso pode-se ir de encontro a um estudo elaborado por Azambuja (2000) que explica “ a pele expressa os sentimentos, mesmo quando não se está ciente deles, ou seja, é considerado um órgão do sistema nervoso e um órgão imunitário que traduz todo o inconsciente.”

Em suma, gostaríamos de salientar que de facto a revisão de literatura demonstra que os problemas relacionados com doenças de pele, onde a psoríase se enquadra, exercem uma influência significativa no bem-estar psicológico, podendo afectar o bem-estar do sujeito e o seu modo de vida.

“Com o nosso estudo, acreditamos ter desenvolvido um trabalho original, tanto em Portugal como no estrangeiro. Os estudos sobre os aspectos ligados à expressividade e bem-estar dos doentes de Psoríase são escassos, e achamos ter dado indicações valiosas a futuros investigadores. Alguns dados relativos à gravidade do estado emocional a que estes doentes podem ser sujeitos (ex: estudo Langley, Krueger & Griffiths (2007) citado por Rodrigues & Teixeira (2009) revela que doentes de psoríase tem uma qualidade de vida reduzida o que corrobora para entrarem em depressão e tentarem o suicídio) torna ainda mais pertinentes estas investigações.

Seria interessante em futuras investigações realizar-se um estudo longitudinal com os doentes de psoríase, procedendo-se à efectiva intervenção com os mesmos, retratando as várias fases da doença e se os níveis de alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico reduzem ou não consoante as fases do doente.

Um estudo em que se avaliasse a auto-estima do doente também nos pareceu interessante, perceber se estes sujeitos tem uma auto-estima inferior aos sujeitos normativos e se essa auto-estima é dominante em algum género.

Parece-nos interessante que num estudo futuro no formulário de características pessoais se questione o doente relativamente à prática de psicoterapia, e se a intervenção terapêutica seria essencial para que os resultados da alexitimia fossem reduzidos e os da espontaneidade e bem-estar psicológico elevados.

Referências Bibliográficas

Alexander, F. (1987/1989). *Medicina psicossomática princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Azambuja, R. D. (2000). *Dermatologia integrativa: a pele em um novo contexto*. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 75 (4), 393-420.

Baptista, V. (2009). O Psicodrama como abordagem psicoterapêutica à alexitimia: espontaneidade e alexitimia em pacientes com lúpus. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Bertolus, S. (2001). *Psicossomática e Dermatologia. Da teoria à Prática*. In M, Sami-Ali(Ed.). Manual de Terapias Psicossomáticas (Cap.1 – pp. 27-45). S.Paulo: Artmed.

Cardoso, P. (1995). *Doença Oncológica e Alexitimia. Contributo Pessoal*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.

Carneiro, B, & Yoshida E. (2009). *Alexitimia: Uma Revisão do Conceito*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.25 (1), 103-108.

Castro, M., Andrade, T., & Muller,M. (2006). *Conceito mente e corpo através da historia*. *Psicologia em Estudo*, vol.11, (1), 39-43.

Cerchiari, E. (2000). *Psicossomático um estudo histórico e epistemológico*. *Psicologia: Ciência e profissão* vol.20, (4), Brasília.

Collins, L.A., Kumar, V. K., Treadwell, T. W., & Leach, E. (1997). *The Personal Attitude Scale: A scale to measure spontaneity*. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 49, 147-156.

Davelaar, P. M., Araujo, F. S., & Kipper, D.A (2008). *The RevisedSpontaneity Assessment Inventory (SAIR-R): Relationship to goal orientation, motivation, perceived self-efficacy, and self-esteem*. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 117-128.

Esteves, J. (1992). *Dermatologia*. Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª ed.

Enciclopédia Luso-Brasileira da Verbo, volume XV, Editorial Verbo, Lisboa.

Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, volume XXIII, Editorial Enciclopédia, Lisboa.

Fava, G & Sonino, N. (2000). *Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (4), 184-197.

Ferraz D, & Reis L. (2009). *Psoríase*. *Farmácia Portuguesa, Publicação Bimestral (182)*, 38-45.

Fernandes, N, & Tomé R.(2001). *Alexitimia*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.3 (2), 97-115.

- Freire, L.(2010). *Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.26 (1), 15-24.
- Guimarães, L, & Yoshida E. (2008). *Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 52-63.
- Haynal, A., Pasini,W., & Archimard, M.(1997/2001). *Medicina psicossomática-Abordagens psicossociais* (3 ed.). Rio de Janeiro: MEDSI. (Obra original publicado em 1997).
- Hoffmann F, Zogbi H, Fleck P, & Muller, M.(2005). *A integração mente e corpo em psicodermatologia. Revista de Psicologia: Teoria e Prática* vol.7 (1), 51-60.
- Jorge, H., Muller, M., Ferreira, V., & Casal, C.(2004). *Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade. Revista de Psicologia da Vetor Editora*, vol.5, (2), 22-25.
- Kellar, H., Treadwell, T., Kumar, V. K., & Leach, E. (2002). *The Personal Attitude Scale-II: A Revised Measure of Spontaneity. The Internacional Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 55, 35-46.
- Kipper, D.A.(2000). *Spontaneity: Does the experience match the theory? Internacional Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training and Role Playing*, 53, 33-47.
- Kipper, D.A.(2006). *The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Spontaneity, Well-Being, and Stress. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 59, 127-136.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mingorance, R, Loureiro, S, Okino, L, Foss, N. (2001). *Pacientes com psoríase: Adaptação psicossocial e características de personalidade. Medicina, Ribeirão Preto*, 34, 315-324.
- Moreno, J. (1946). *Psicodrama* (12ª edição ed.). S.Paulo: Pensamento-Cultrix LTDA.
- Muller, M. et al. (2002). *Os diferentes significados psicológicos da pele. Revista de Filosofia e Ciências Humanas (UPF)*, 18 (1), 63-73.
- Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novo, R. (2005). *Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. RIDEP*, (20), vol.2, 183-203.
- Novo, R., Neto, D., Marcelino, A., & Santo, H. E. (2006, Outubro). *Estudo de validação de medidas de BEP em amostras com e sem patologia identificada*.

Comunicação (**poster**) apresentada na IX Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: Universidade do Minho.

Prazeres, N. (2000). *Alexitimia: uma forma de sobrevivência*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.2 (1), 109-121.

Prazeres, N., Taylor, G., & Parker, J. (2004). *Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20)*. In *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa, 1ªEd, Vol II, 87-99*. Coimbra: Quarteto.

Rossberg J. I., & Friis, S. (2003). *Do the spontaneity and anger and aggression subscales of the Ward Atmosphere Scale form homogeneous dimensions? A cross-sectional study of 54 wards for psychotic patients*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 118-123.

Queroz, N. & Neri, A. (2005). *Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299.

Silva A., & Vasco A. (2010). *Alexitimia: Que processos emocionais? Que intervenção terapêutica?* *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 675-682.

Silva, M.A. (1994). *Quem ama não adocece – o papel das emoções na prevenção e cura das doenças*, (13 ed.). São Paulo: Best Seller.

Silva, J. & Muller, M. (2007). *Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crónicas de pele*. *Estudos de Psicologia*, vol.24, (2), 247-256.

Silva K, & Silva E. (2007). *Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos de vida*. *Estudos de Psicologia Campinas*, 24 (2), 257-266.

Siqueira, M. & Padovam, V.(2008). *Bases Teóricas de Bem-Estar Subjectivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol.24, (2), 201-209.

Tavares, S., & Claudino A. (2010). *Apoio social percebido e estado emocional: Que relação entre as percepções de envelhecimento e o Bem-Estar psicológico em adultos activos?* *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 427-438.

Taylor, G., Bagby, M., & Parker, J. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. (2000). *Recent Developments in Alexithymia Theory and Research*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.

Rodrigues, A., & Teixeira, R. (2009). *Desvendando a Psoríase*. *Revista Brasileira Análises Clínicas*, Vol. 41(4) 303-309.

Ryff, C. (1995). *Psychological Well-Being in Adult Life*. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.

Vicente, L. (2005). *Psicanálise e psicossomática – Uma Revisão*. *Revista Portuguesa de psicossomática*, (7), 257-267.

Referências Web:

Figueiredo, A. (2010). *Psoríase – As respostas essenciais*. Obtido a 13 de Julho de 2010 em,

<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=79>

Ferreira, A. (2007). *Sentido interno de coerência e bem-estar psicológico nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos*. Obtido a 13 de Julho de 2010 em,

<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0365.pdf>

ANEXOS

Estatística Descritiva

Análise das Frequências sócio-demográficas Total da Amostra

		Count	Column N %
Sexo	Masculino	66	37,7%
	Feminino	109	62,3%
Escola	Até 12º Ano	48	27,4%
	Frequência curso superior	39	22,3%
	Curso Superior Finalizado	88	50,3%
Situação profissional	Desempregado (a)	7	4,0%
	Empregado (a)	115	65,7%
	Estudante	20	11,4%
	Outro	20	11,4%
	Trabalhador Estudante	13	7,4%
Tem psoríase	Sim	112	64,0%
	Não	63	36,0%

Tabela A – Estatística descritiva do total da amostra

Frequências sócio-demográficas do grupo Normativo

		Count	Column N %
Sexo	Masculino	22	34,9%
	Feminino	41	65,1%
Escola	Até 12º Ano	3	4,8%
	Frequência curso superior	21	33,3%
	Curso Superior Finalizado	39	61,9%
Situação profissional	Desempregado (a)	0	,0%
	Empregado (a)	34	54,0%
	Estudante	17	27,0%
	Outro	5	7,9%
	Trabalhador Estudante	7	11,1%

Tabela B – Estatística descritiva do grupo normativo

Frequências sócio-demográficas do grupo de doentes de Psoríase

		Count	Column N %
Sexo	Masculino	44	39,3%
	Feminino	68	60,7%
Escola	Até 12º Ano	45	40,2%
	Frequência curso superior	18	16,1%
	Curso Superior Finalizado	49	43,8%
Situação profissional	Desempregado (a)	7	6,3%
	Empregado (a)	81	72,3%
	Estudante	3	2,7%
	Outro	15	13,4%
	Trabalhador Estudante	6	5,4%
Fase da doença	Activa	99	90,0%
	Não activa	11	10,0%
Tipo de psoríase	Artropática	7	7,1%
	Gutada	8	8,2%
	Inversa	1	1,0%
	Placas ou Vulgar	79	80,6%
	Pustulosa	2	2,0%
	Ungueal	1	1,0%
Grau de psoríase	Ligeira, Menor 2%	36	32,4%
	Moderada, Entre 2 e 10%	49	44,1%
	Grave, Maior 10%	26	23,4%

Tabela C – Estatística descritiva do grupo de doentes de Psoríase

TAS-20

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. 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

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

©(Taylor, Bagby & Parker, 1992)
 Adaptação de Nina Prazeres (F.P.C.E.-U.L.) autorizada por G. J. Taylor.

SAI-R: Experiência Pessoal

O inquérito seguinte foi elaborado para ajudar a entender os sentimentos e pensamentos que as pessoas vivenciam em diferentes situações durante um dia típico. Gostaríamos que compartilhasse connosco as suas experiências relativamente a esse aspecto.

Instruções: Os 18 diferentes sentimentos e pensamentos apresentados abaixo referem-se à questão em negrito. Deverão ser avaliados nas escalas ordenadas de 1 = Muito Fraco (nunca/raramente) até 5 = Muito Forte (frequentemente/sempre), que aparecem à direita de cada item. Por favor leia cada item cuidadosamente e assinale com um círculo o número à sua direita que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos ou pensamentos. É importante que você não deixe em branco nenhum dos itens. Não há respostas certas ou erradas.

“Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?”

Muito Fraco	Fraco	Nem Fraco nem Forte	Forte	Muito Forte
1	2	3	4	5

01. Criativo/a	1	2	3	4	5
02. Feliz	1	2	3	4	5
03. Desinibido/a	1	2	3	4	5
04. As coisas parecem fluir	1	2	3	4	5
05. Vivo/a	1	2	3	4	5
06. Livre para criar	1	2	3	4	5
07. Eufórico/a	1	2	3	4	5
08. Livre para agir, até exageradamente	1	2	3	4	5
09. Vivendo plenamente com equilíbrio	1	2	3	4	5
10. Com energia	1	2	3	4	5
11. Com controlo	1	2	3	4	5
12. Leve e amorosamente	1	2	3	4	5
13. Completo/a	1	2	3	4	5
14. Prazer	1	2	3	4	5
15. Poderoso /a	1	2	3	4	5
16. Bem sucedido/a	1	2	3	4	5
17. Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites	1	2	3	4	5
18. Alegre	1	2	3	4	5

Copyright by David A. Kipper, Ph.D. (2005)

Adaptação de Vera Valério Batista, autorizado por D.A.Kipper

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (Versão Reduzida*)

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte
1. Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5
3. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5
4. Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5
5. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	1	2	3	4	5
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	1	2	3	4	5
7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	1	2	3	4	5
9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	1	2	3	4	5
10. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	1	2	3	4	5
11. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5
12. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	1	2	3	4	5
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	1	2	3	4	5
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5
18. Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.	1	2	3	4	5

Versão Reduzida (2006) construída e adaptada a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) por Rosa Novo (FPCE-UL), M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta (2006).

Formulário de Características Pessoais**Estudo da área de Psicologia e Saúde**

Pedimos a sua colaboração neste estudo, que está a ser desenvolvido pelo ISPA - Instituto Universitário, em colaboração com outras instituições. Para isso, terá apenas de seguir o link abaixo (a azul) e preencher as informações e os questionários.

Desde já queremos garantir que os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação e que o seu anonimato é assegurado.

Ao responder às questões colocadas relativamente à psoríase, no caso de ser portador dessa doença, tenha em conta o momento actual da mesma.

Agradecemos desde já o seu contributo.

1- Sexo: Masculino

Feminino

2- Idade: _____

3 -Escolaridade:

Até 4ª Classe

Até 9º Ano

Até 12º Ano

Frequência de Curso Superior

Curso Superior Finalizado

4- Situação Profissional:

Estudante

Trabalhador Estudante

Empregado (a)

Desempregado (a)

Outro

5- É doente de psoríase:

Sim

Não

6 - Há quanto tempo sabe que é doente de psoríase?

7-Indique por favor se souber a data do início dos sintomas.

8- A data do diagnóstico.

9- A data do seu último surto.

10 – Fase actual da doença

Activa

Não Activa

11- A sua psoríase é considerada:

Placas ou Vulgar

Gutada

Pustulosa

Inversa

Eritrodérmica

Artropática

Ungueal

Não Sei

12- A sua psoríase encontra-se num grau:

Superfície de pele afectada

- Ligeira, Menor 2%
- Moderada, Entre 2 e 10%
- Grave, Maior 10%

Coefficiente de precisão interna da TAS-20**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,883	18

Tabela D – Coeficiente de precisão interna da TAS-20**Coefficiente de precisão interna do SAI-R****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,948	18

Tabela E – Coeficiente de precisão interna da SAI-R

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,873	7

Tabela F – Coeficiente de precisão interna do factor DIS da TAS-20**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,770	5

Tabela G – Coeficiente de precisão interna do factor DDS da TAS-20**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,518	6

Tabela H – Coeficiente de precisão interna do factor POE da TAS-20

Coeficiente de precisão interna da EBEP

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,859	18

Tabela I – Coeficiente de precisão interna da EBEP

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,490	3

Tabela J – Coeficiente de precisão interna da sub-escala Autonomia

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,585	3

Tabela K – Coeficiente de precisão interna da sub-escala Domínio do Meio

Tabela L – Coeficiente de precisão interna da sub-escala Crescimento Pessoal

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,564	3

Tabela M – Coeficiente de precisão interna da sub-escala Relações Positivas com os outros

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,695	3

Tabela N – Coeficiente de precisão interna da sub-escala Objectivos de Vida

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,673	3

Tabela O – Coeficiente de precisão interna da sub-escala Aceitação de Si

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	175	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,726	3

Teste de Normalidade

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TAS_DIS	,082	175	,006	,974	175	,003
TAS_DDS	,067	175	,054	,983	175	,033
TAS_POE	,102	175	,000	,978	175	,007
TAS_TOTAL	,079	175	,010	,986	175	,082
SAI	,063	175	,088	,989	175	,172
BE_TOTAL	,057	175	,200*	,981	175	,018
BE_AUTONOMIA	,081	175	,007	,981	175	,017
BE_DOMINIO	,095	175	,001	,983	175	,029
BE_CRESCIMENTO	,138	175	,000	,944	175	,000
BE_RELACOES	,110	175	,000	,968	175	,000
BE_OBJECTIVOS	,106	175	,000	,947	175	,000
BE_ACEITAÇÃO	,125	175	,000	,952	175	,000
a. Lilliefors Significance Correction						
*. This is a lower bound of the true significance.						

Tabela P – Teste de Normalidade**Homogeneidade de variâncias**

Test of Homogeneity of Variances				
	Leven Statistic	df1	df2	Sig.
TAS_DIS	1,172	1	173	,280
TAS_DDS	,032	1	173	,859
TAS_POE	1,182	1	173	,279
TAS TOTAL	,030	1	173	,862
SAI-R	,602	1	173	,439
BE_TOTAL	7,405	1	173	,007
BE_AUTONOMIA	,690	1	173	,407
BE_DOMINIO	,233	1	173	,630
BE_CRESCIMENTO	8,565	1	173	,004
BE_RELACOES	2,680	1	173	,103
BE_OBJECTIVOS	5,530	1	173	,020
BE_ACEITAÇÃO	3,026	1	173	,084

Tabela Q – Homogeneidade de variâncias

Tabela R - Análise das diferenças entre grupos para a alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico				
			K-W	Sig.
Há quantos anos têm psoríase	Alexitimia	DIS	1,852	0,763
		DDS	3,653	0,455
		POE	2,062	0,724
		TOTAL	2,065	0,724
	Espontaneidade		0,816	0,936
	Bem-estar psicológico	TOTAL	0,455	0,978
		AUTONOMIA	1,214	0,876
		DOMINIO	3,410	0,492
		CRESCIMENTO	0,742	0,946
		RELAÇÕES	3,097	0,542
		OBJECTIVOS	1,656	0,799
		ACEITAÇÃO	0,806	0,938
Há quantos anos se iniciaram os sintomas	Alexitimia	DIS	4,270	0,371
		DDS	7,587	0,108
		POE	5,185	0,269
		TOTAL	5,995	0,200
	Espontaneidade		2,991	0,559
	Bem-estar psicológico	TOTAL	2,949	0,566
		AUTONOMIA	7,883	0,096
		DOMINIO	6,116	0,191
		CRESCIMENTO	2,161	0,706
		RELAÇÕES	1,679	0,795
		OBJECTIVOS	5,263	0,261
		ACEITAÇÃO	1,945	0,746
Há quantos anos foi feito o diagnóstico	Alexitimia	DIS	6,651	0,156
		DDS	7,458	0,114
		POE	6,372	0,173
		TOTAL	8,803	0,066
	Espontaneidade		3,187	0,527
	Bem-estar psicológico	TOTAL	3,068	0,546
		AUTONOMIA	7,362	0,118
		DOMINIO	3,003	0,557
		CRESCIMENTO	1,633	0,803
		RELAÇÕES	4,934	0,294
		OBJECTIVOS	5,386	0,250
		ACEITAÇÃO	1,965	0,742
Há quanto tempo teve o último surto	Alexitimia	DIS	0,911	0,634
		DDS	0,835	0,659
		POE	2,906	0,234
		TOTAL	1,209	0,546
	Espontaneidade		2,196	0,333
	Bem-estar psicológico	TOTAL	1,181	0,554
		AUTONOMIA	1,588	0,452
		DOMINIO	0,260	0,878
		CRESCIMENTO	3,758	0,153
		RELAÇÕES	1,534	0,464
		OBJECTIVOS	0,894	0,640
		ACEITAÇÃO	1,300	0,522