

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva
psicanalítica da psicossomática**

Diana Isabel Campos Fraga Aurélio

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2010

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva
psicanalítica da psicossomática**

Diana Isabel Campos Fraga Aurélio

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Manuel Pires de Matos

2010

*Temos, todos que vivemos,
Uma vida que é vivida
E outra vida que é pensada,
E a única vida que temos
É essa que é dividida
Entre a verdadeira e a errada.*

(Fernando Pessoa, 1933)

*Assim como falham as palavras quando querem exprimir qualquer pensamento,
Assim falham os pensamentos quando querem exprimir qualquer realidade,
Mas, como a realidade pensada não é a dita mas a pensada.
Assim a mesma dita realidade existe, não o ser pensada.
Assim tudo o que existe, simplesmente existe.
O resto é uma espécie de sono que temos, infância da doença.
Uma velhice que nos acompanha desde a infância da doença.*

(Alberto Caeiro, 1917)

*It is in moments of illness that we are compelled to recognize that we live not alone but
chained to a creature of a different kingdom, whole worlds apart, who has no
knowledge of us and by whom it is impossible to make ourselves understood: our body.*

(Marcel Proust, 1921)

Agradecimentos

Aos meus Pais, pelo Amor e pela dedicação. Por respeitarem o meu verdadeiro Eu e me ensinarem a escutar e a lidar com as minhas dúvidas e inseguranças.

À minha Mãe, pela tua eterna presença ao longo do meu crescimento. Pela perseverança das tuas palavras que me permitiram construir os meus sonhos e valorizar o meu desejo de os alcançar. Pela confiança que sempre depositaste em mim.

Ao meu Pai, pela sabedoria que me transmitiste mesmo na tua ausência. Pelos momentos de silêncio que contribuíram para desenvolver a capacidade de estar comigo própria, enfrentar os meus medos e fortalecer o meu mundo interno.

À minha família, em particular, à minha irmã e à minha tia. Pelo orgulho que mostraram ter em mim, pelas palavras de coragem que tantas vezes me inspiraram. Por serenarem as minhas angústias com um simples gesto de carinho.

Ao Hugo, pelas eternas horas de compreensão e ajuda. Pela serenidade do teu agir, por aceites as minhas imperfeições. Pelos silêncios só nossos quando não são precisas palavras. Por acreditares na minha capacidade de alcançar os meus sonhos, pelo desejo de voares ao meu lado.

Aos meus colegas e amigos, Mafalda, Carlota, Ricardo M., Ricardo J., e Tiago. Por todo o apoio e companheirismo ao longo dos cinco anos do curso. Pela disponibilidade intelectual e emocional, pelas lágrimas e pelos sorrisos que me fizeram crescer.

Aos meus colegas e amigos de Estágio, principalmente, à Bruna, à Ana, à Lídia, ao Nuno e ao António. Pela aprendizagem nesta área do saber que nos une, pela partilha de ideias e inquietações. Por serem parte deste caminho que escolhi e convosco abraço.

Ao Professor Manuel Matos, pela mestria das suas palavras. Pela tranquilidade com que recebeu as minhas angústias e me fez sentir capaz. Pela partilha de conhecimentos e memórias que robusteceram a minha paixão pela Psicologia.

Ao Dr. Nuno Sacramento, por me ensinar a lidar com os afectos. Pela sensibilidade com que sempre escutou os meus pensamentos e pela sinceridade com que me devolveu ajudando-me a confiar em mim e no outro.

Ao Presidente da Associação Portuguesa de Psoríase, Vítor Baião. Pela disponibilidade com que me recebeu e se propôs a ajudar-me. Por toda a informação que partilhou comigo e que me permitiu *olhar* a Psoríase a partir de uma perspectiva única e especial.

A todos aqueles que participaram neste estudo. Pelo tempo e paciência disponibilizados. Um obrigada especial a todos os participantes com Psoríase, por partilharem a vossa experiência. Por nos proporcionarem, enquanto investigadores e psicólogos, a oportunidade de compreender melhor as dimensões psicoafectiva e social inerentes a esta doença.

Resumo

A Psoríase é uma doença dermatológica crónica que afecta homens e mulheres de qualquer faixa etária cuja causa não é ainda completamente compreendida. O presente estudo tem como objectivo geral contribuir para uma melhor compreensão da Psoríase procurando conceptualizá-la enquanto perturbação psicossomática, definida no referencial da psicossomática psicanalítica. Relativamente aos objectivos específicos considerámos: 1) a presença de sintomatologia depressiva e de características alexitímicas nos indivíduos psoriáticos; 2) a influência de perturbações afectivas e distúrbios somáticos na manifestação de características alexitímicas e 3) a interferência de eventos traumáticos no aparecimento e/ou agravamento da doença psoriática. A amostra foi constituída por 130 sujeitos psoriáticos e 130 sujeitos sem a doença com idades compreendidas entre os 15 e 74 anos. Os dados foram recolhidos através de três questionários: um Questionário Sócio-Demográfico, a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), sendo que o primeiro apresentava questões relacionadas com a Psoríase especificamente para os sujeitos psoriáticos. Verificámos que os sujeitos psoriáticos manifestam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e um maior grau de alexitimia do que os sujeitos sem a doença. Na população psoriática, as mulheres manifestam uma maior tendência para a depressão enquanto os homens revelam uma maior presença de características alexitímicas. Através da análise pormenorizada dos factores do BDI, observámos que as perturbações cognitivo-afectivas e a manifestação de distúrbios somáticos, para além de serem superiores nos doentes psoriáticos, predizem um maior grau de alexitimia. Para além disso, os resultados mostram que os doentes psoriáticos que sofreram eventos traumáticos revelam-se mais deprimidos e mais alexitímicos. A conceptualização da Psoríase enquanto perturbação psicossomática, como descrita na teoria psicossomática psicanalítica parece ser apoiada por este estudo. As implicações desta investigação para a doença psoriática são também discutidas.

Palavras-chave: psoríase; psicossomática psicanalítica; alexitimia; depressão; psicopatologia.

Abstract

Psoriasis is a chronic skin disease that affects men and women of any age whose cause is not yet fully understood. This study aims to contribute to a better general understanding of Psoriasis looking to conceptualise it as a psychosomatic disorder, defined on the psychoanalytic psychosomatics theory. Our specific objectives were: 1) the presence of depressive symptoms and alexithymic characteristics in psoriatic individuals, 2) the influence of affective disorders and somatic disorders in the manifestation of alexithymic characteristics and 3) the interference of traumatic events in the onset and/or aggravation psoriatic disease. The sample consisted of 130 subjects psoriatics and 130 subjects without psoriasis disease aged between 15 and 74 years. Data were collected through three questionnaires: a Socio-Demographic Questionnaire, the Toronto Alexithymia Scale 20 Items (TAS-20) and the Beck Depression Inventory (BDI), where the first had issues specifically related to Psoriasis for subjects with this disease. We found that subjects with psoriasis express higher levels of depressive symptoms and a higher degree of alexithymia than subjects without the disease. In psoriatic population, women show a greater tendency to depression while men show a greater presence of alexithymic characteristics. Through detailed analysis of the factors of the BDI, we found that cognitive-affective disorders and the manifestation of somatic disorders, in addition to being higher in psoriatic patients, predicts a higher degree of alexithymia. Besides that, the results show that psoriatic patients who suffer traumatic events appear more depressed and more alexithymic. The conceptualization of psoriasis as psychosomatic disorder, as described in psychoanalytic psychosomatic theory appears to be supported by this study. The implications of this research for psoriatic disease are also discussed.

Keywords: psoriasis; psychoanalytic psychosomatics; alexithymia; depression; psychopathology.

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract	vii
Índice	viii
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1: PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA	12
1.1. A relação corpo-mente	12
1.2. A relação de díade	14
1.3. A estrutura psicossomática	17
1.4. Depressão e alexitimia na patologia psicossomática	21
CAPÍTULO 2: A PSORÍASE	28
CAPÍTULO 3: METODOLOGIA	36
3.1. Objectivos, hipóteses e definição de variáveis	36
3.2. Método	37
3.2.1. Amostra	37
3.2.2.1. Amostra 1: Indivíduos sem a doença	38
3.2.2.2. Amostra 2: Indivíduos com psoríase	38
3.3. Instrumentos	39
3.3.1. Questionário Sócio-Demográfico	39
3.3.2. Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20)	39
3.3.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI)	40
CAPÍTULO 4: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	42
4.1. Sintomatologia depressiva e alexitimia: diferenças entre	

indivíduos sem a doença e indivíduos psoriáticos	42
4.2. As componentes do Inventário de Beck: diferenças entre indivíduos sem a doença e indivíduos psoriáticos	43
4.3. A componente somática do Inventário de Beck e a alexitimia	44
4.4. A componente somática do Inventário de Beck e a alexitimia: diferenças entre indivíduos sem a doença e indivíduos psoriáticos	44
4.5. Sintomatologia depressiva e alexitimia: diferenças nas populações masculina e feminina dos indivíduos psoriáticos	46
4.6. Sintomatologia depressiva e alexitimia: influência de eventos traumáticos	46
CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	48
5.1. Discussão das hipóteses	48
5.2. Limitações do estudo	58
5.3. Futuras investigações	61
5.4. Conclusão	62
BIBLIOGRAFIA	63
<i>Anexos</i>	
Anexo 1 – Protocolos	
Anexo 2 – Análise estatística	

INTRODUÇÃO

A Psoríase, enquanto patologia dermatológica crónica, foi descrita apenas no século XIX e embora seja uma doença presente desde os primórdios da humanidade, a sua etiopatogenia não é ainda completamente compreendida. Ao longo do tempo, têm sido realizadas várias investigações para uma melhor compreensão da doença psoriática e foram mencionados alguns factores, na maioria externos, que parecem estar envolvidos no agravamento da Psoríase. No entanto, poucos são os estudos que contribuem para o estabelecimento de uma base teórica coerente que permita caracterizar a Psoríase, considerando os aspectos inerentes ao seu aparecimento.

Observa-se uma grande influência de factores psicológicos no desenvolvimento da doença psoriática (McDougall, 1991; Devrimci et al., 2000; Akay et al., 2002), não obstante a fraca relação entre eles e a caracterização da própria doença. Neste sentido, consideramos fundamental uma visão mais abrangente desta patologia de modo a contemplar, não apenas os factores envolvidos na expressão da doença mas, também, a pessoa afectada e as vicissitudes do seu funcionamento mental.

A Psoríase é uma doença que afecta, particularmente, a qualidade de vida do indivíduo provocando situações de desconforto no seu quotidiano e originando alterações psicológicas que se traduzem, muitas vezes, em isolamento social e depressão (Gupta & Gupta, 2000). Embora sejam vários os estudos conduzidos nesta área, bem como, a diversidade de resultados obtidos, a Psoríase permanece como uma patologia bastante incompreendida quer pelo universo científico quer pela sociedade (Neimann, Porter & Gelfand, 2006).

Sendo a pele um órgão de comunicação e percepção envolvido na expressão de sensações e emoções através do contacto corporal, “ela é, aos olhos dos outros, um reflexo da nossa boa ou má saúde e um espelho da nossa alma” (Anzieu, 1995, p. 39). Nas doenças dermatológicas como a Psoríase, a pele exerce uma grande influência quer no contacto com o mundo exterior quer nas vivências internas do sujeito.

O tema da presente investigação surgiu a partir de uma curiosidade relacionada com a patogenia de algumas doenças dermatológicas, especificamente, a Psoríase e aprofundou-se após algumas leituras sobre a patologia psicossomática. Através da

literatura disponível, reflectiu-se acerca de uma possível compreensão entre o funcionamento mental do doente psoriático e a teoria psicossomática psicanalítica. Este pressuposto permite *olhar* a Psoríase à luz de uma teoria unificada cujo entendimento abrange a patologia, bem como, o indivíduo enquanto pessoa afectada pela doença.

Embora a Psoríase tenha sido anteriormente descrita como uma perturbação psicossomática associada a situações de stress e episódios depressivos (Gupta, Gupta & Haberman, 1987; Griffiths & Richards, 2001; Silva & Muller, 2007), poucos são os estudos que caracterizam a Psoríase de acordo com um quadro psicopatológico coerente que contemple a natureza da doença, a estrutura de personalidade e os conflitos emocionais do indivíduo psoriático. O nosso objectivo principal era contribuir para uma melhor compreensão da Psoríase, tendo em conta o carácter exploratório da presente investigação.

No que diz respeito à organização do nosso trabalho apresentamos, no Capítulo 1, alguns conceitos psicanalíticos importantes na conceptualização teórica da patologia psicossomática. São mencionados alguns dos autores que contribuíram para a compreensão do fenómeno psicossomático, considerando a influência da relação dual no desenvolvimento psíquico do indivíduo e na construção da sua identidade. O Capítulo 2 aborda a doença psoriática, no qual se descrevem as características desta patologia, bem como, algumas contribuições relativas à etiologia da doença.

Após a fundamentação teórica, descrevemos o plano experimental do nosso estudo, onde definimos os objectivos, as hipóteses e variáveis, bem como, a caracterização da amostra e os instrumentos utilizados (Capítulo 3). Os resultados obtidos são apresentados e analisados no Capítulo 4 procedendo, por último, à sua discussão e a algumas conclusões relativas ao trabalho realizado (Capítulo 5).

CAPÍTULO 1: PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

1.1. A relação corpo-mente

A relação corpo-mente está presente ao longo da história, desde a Grécia Antiga, quando grandes pensadores como Aristóteles defendiam a unidade indivisível do ser humano. Também Hipócrates, considerado o pai da medicina, descrevia o homem como uma unidade organizada e compreendia a doença como uma desorganização deste estado (citado por Castro, Andrade & Muller, 2006). Deste modo, a mente surge como inseparável do corpo, não obstante algumas divergências entre a Filosofia e a Medicina que, ao desenvolverem diferentes objectos de estudo, se distanciaram de uma compreensão mais adequada e coesa da ligação corpo-mente. Volich (cit. por Silva & Muller, 2007) atribui uma grande importância à concepção de Hipócrates para a compreensão da medicina moderna, nomeadamente, da medicina psicossomática considerando a integração do corpo e da alma, através da qual a psique desempenha uma função reguladora. Segundo Matos (1999), pode falar-se de uma diferenciação progressiva do *Self* corporal para o *Self* psíquico considerando a unidade corpo-mente e a subjectividade a ela subjacente na compreensão do ser humano como um todo.

Heinroth (cit. por Castro et al., 2006), psiquiatra alemão, refere pela primeira vez o termo psicossomática, descrevendo o fenómeno somatopsíquico como uma modificação corporal que influencia o estado psíquico. A medicina psicossomática é defendida por Dunbar (1945) na tentativa de englobar as dimensões psicológica e biológica, considerando os distúrbios psicossomáticos como consequência de estados de tensão orgânicos associados à expressão inadequada de determinadas vivências que derivam para o corpo.

Segundo Mello Filho (cit. por Silva & Muller, 2007), o desenvolvimento da teoria psicossomática ocorreu em três fases cuja primeira se traduz na influência da psicanálise através dos estudos sobre a origem do inconsciente, bem como, das teorias da regressão e dos benefícios secundários da doença. A partir do século XX, com o desenvolvimento da teoria psicanalítica de Freud, o homem adquire uma nova dimensão psíquica e corporal. Os trabalhos de Freud (1966a/1966b/1953) sobre as neuroses e as psiconeuroses, nomeadamente, a histeria de conversão e a referência à complacência

somática, ou seja, a parte tomada pelo corpo no aparecimento do sintoma histérico, permitiram desenvolver uma nova abordagem entre somático e psíquico. No que diz respeito às neuroses actuais, Freud (1962) refere a importância das características somáticas na sintomatologia da doença. Para além disso, o autor faz referência à ausência ou insuficiente capacidade de elaboração psíquica no caso das neuroses de angústia o que provoca uma descarga ao nível do soma. Segundo Fleming (2003), ao longo da sua teoria do aparelho mental, Freud sempre defendeu que o ser humano é uma unidade corpo-mente.

Ainda no campo das neuroses, Ferenczi (1926) refere o conceito de neurose de órgão com o propósito de compreender a origem psíquica de certas disfunções orgânicas. Para o autor, a doença orgânica estaria relacionada com uma fixação da libido no respectivo órgão afectado e, contrariamente ao processo da conversão, o sintoma adquire uma função primária. Ferenczi considera que o desaparecimento do sintoma está associado ao restabelecer do equilíbrio da vida afectiva do indivíduo. Para Dejours (2009), a organização da doença somática está associada a dificuldades ao nível corporal, bem como, a uma perturbação no funcionamento psíquico.

Embora a teoria de Freud relativamente à etiologia e à distinção entre neuroses actuais e psicose tenha sido redefinida diversas vezes ao longo da sua obra, foi um grande contributo na área da somatização e da perspectiva psicossomática. A falha no processo de elaboração psíquica referida por Freud aquando da expressão somática na neurose de angústia pode ser compreendida nos trabalhos realizados por Pierre Marty (1963/1968/1985) e Joyce McDougall (1984/1989/1991), entre outros, com pacientes psicossomáticos cuja capacidade de simbolização e de representação se encontra afectada (cit. por Ferraz, 1997).

O indivíduo psicossomático revela uma grande dificuldade na elaboração dos conflitos psíquicos, nomeadamente, ao nível dos afectos expulsando-os do consciente, ao contrário do neurótico que utiliza mecanismos como o recalçamento e a negação como forma de lidar com os conflitos. Estes indivíduos são caracterizados pela sua pseudonormalidade, ou seja, a capacidade de adaptação ao mundo exterior (McDougall, 1989). Também outros autores (Luban-Plozza, Poldinger & Kroger, 1992) mencionam a adaptação forçada destes indivíduos ao meio envolvente diferenciando-os dos pacientes neuróticos relativamente à incapacidade para expressar ambivalência emocional cujos sintomas, no funcionamento neurótico, podem representar tentativas de comunicar.

Nas estruturas psicossomáticas, o dano físico é real e os sintomas não aparecem como manifestações neuróticas ou psicóticas. O significado do sintoma é de ordem pré-simbólica anterior à própria linguagem verbal. O termo *psicossomatose* surge para descrever organizações mentais nas quais a reacção visível a fantasias e experiências perturbadoras é de natureza psicossomática (McDougall, 1989). Coimbra de Matos (2003) refere a presença de um conflito intrapsíquico presente quer na histeria quer na doença psicossomática embora distinga a problemática ao nível do conflito, afirmando que na última este é predominantemente pré-genital e pré-edipiano, ou seja, provavelmente aquém da simbolização e da capacidade de elaborar as experiências no espaço psíquico.

No indivíduo psicossomático, a relação corpo-mente encontra-se comprometida, onde está ausente a associação entre manifestações somáticas e conflitos psíquicos considerando-se uma separação entre soma e psique (McDougall, 1989). A perspectiva do adoecer psicossomático remete-nos para uma falha relacional precoce anterior à linguagem e à introjecção de um objecto interno securizante e contentor considerando-se uma relação dual disfuncional e pouco organizadora da vida mental, na medida em que a mãe constitui o primeiro contacto do bebé com o mundo exterior. Segundo Bion (1992), a manutenção da unidade psicossomática está associada à interacção precoce mãe-bebé e na capacidade da figura materna transformar as vivências corporais e afectivas em linguagem simbólica.

1.2. A relação de díade

Na perspectiva psicodinâmica, a construção da identidade do ser humano é anterior ao seu nascimento, ou seja, está presente desde o momento em que os progenitores desejam ter um filho e a partir do qual se elabora uma representação da criança na mente dos pais (Lang, 2003). Os pais desempenham uma função fundamental no desenvolvimento da realidade intrapsíquica da criança, principalmente, a mãe com a qual é estabelecido o primeiro contacto corporal e psíquico. É através da díade mãe-bebé que a criança aprende a relacionar-se com os mundos externo e interno que, no início da vida, são indiferenciados. O estabelecimento de uma relação dual adequada e equilibrada é essencial para o desenvolvimento psíquico da criança e, consequentemente, para a construção de uma identidade estruturada e coesa. Desde o

início da vida, o ser humano é relacional, necessita de afecto e de comunicação (Kohut, 1986).

Aquando do nascimento, o bebé não faz a distinção entre o interno e o externo sendo estabelecida uma relação de simbiose na qual a figura materna desempenha uma função contentora e securizante. Durante esta fase simbiótica, a mãe responde às necessidades do bebé através de uma linguagem comum que permite a construção de uma estrutura psíquica precoce constituída por significantes não verbais onde o corpo e as zonas erógenas desempenham o papel predominante (Stern, 1985).

O contacto pele a pele, bem como, o calor do corpo materno representam um meio de comunicação, responsável pela relação primária mãe-bebé (Coimbra de Matos, 1986). Ao longo deste período, elabora-se uma pele psíquica que delimita um espaço interno que leva à formação de uma imagem estável da função materna e permite a constituição do objecto libidinal (Bick, 1968). Anzieu (1995), defende que é através do contacto corporal entre a mãe e o bebé que se estabelece uma relação securizante, a partir da qual é possível elaborar a noção de limites entre o exterior e o interior. A comunicação da díade proporciona ao bebé experiências fundamentais para o seu desenvolvimento emocional, bem como, na representação dos objectos internos e na elaboração do pensamento. O pensamento surge a partir das sensações corporais e na sua transformação ao nível dos conceitos abrindo caminho para a construção da equação simbólica. Segundo o autor, a relação dual permite a criação de um espaço mental comum, o Eu-Pele, que se gera a partir do contacto corpo-a-corpo e que assegura o desenvolvimento do aparelho psíquico. Sami-Ali (1992) também refere a presença de um espaço imaginário que se desenvolve na relação corporal diádica, bem como, Bion (1988a) que defende a elaboração do pensamento a partir da *rêverie* materna, ou seja, a capacidade do objecto materno conter e transformar as experiências emocionais primitivas da criança.

O Eu-Pele tem uma função de manutenção do psiquismo que permite, através do sentimento de unidade da díade, a interiorização de uma imago materna estável proporcionada pelo *holding* materno (Winnicott, 1966), ou seja, a capacidade de conter as angústias do bebé e de protegê-lo contra ameaças exteriores. Para além disso, o Eu-Pele desempenha uma função de envelope contentor das experiências sensório-motoras e emocionais promovidas pelo cuidado responsivo, pela capacidade de *handling* do objecto materno. Uma terceira função está associada à capacidade de representação

através da comunicação entre os mundos exterior e interior (Anzieu, 1995). Esta ligação é alcançada quando a mãe apresenta o mundo ao seu bebé, *object-presenting* (Winnicott, 1966), permitindo que ele construa a sua própria realidade interna e tenha acesso à relação objectal.

A primeira relação de objecto é estabelecida com o seio da mãe na qual se revela, mais uma vez, a importância do contacto corporal. A ligação ao seio materno permite à criança sentir a presença da figura materna construindo o laço afectivo entre ambas (Bowlby, 1958). Segundo Melanie Klein (1964), na relação com o objecto seio da mãe, as boas experiências partilhadas são fundamentais para que se desenvolva a sensação de unidade e, posteriormente, se observe um fortalecimento do Ego. Para Bion (1988a), o contacto com o seio materno gratificante associado à capacidade de *rêverie* da figura materna permite ao bebé construir uma vivência emocional equilibrada.

Uma *mãe suficientemente boa* (Winnicott, 1966), proporciona uma relação securizante fazendo coincidir a sua presença com as necessidades da criança, pré-concepção de uma *mãe-seio* no sentido de Bion (1988b) que promove a capacidade da simbolização e do pensamento. Deste modo, permite que a criança elabore a sua realidade intrapsíquica e a sua identidade. O sentimento de identidade é construído pelo investimento do objecto materno e, inicialmente, o bebé é reconhecido e investido pelo seu rosto (Coimbra de Matos, 1999). Numa condição inicial existe um não-rosto que, progressivamente, e através das experiências proporcionadas na díade, se transforma num rosto partilhado por ambos (Sami-Ali, 1992) e que permite à criança construir a sua própria identidade. Durante esta fase, a mãe funciona como um espelho capaz de olhar para o seu bebé como um ser único e individual, cujo investimento privilegiado permita o desenvolvimento coerente e coeso da vida mental (Coimbra de Matos, 1999).

Esta relação dual de amor e cuidado estrutura a vida mental do bebé e, consequentemente, a progressiva diferenciação entre o corpo da criança e o corpo da mãe. A elaboração do espaço psíquico corresponde à passagem de uma linguagem primitiva e não-verbal para a capacidade de simbolização, a função alfa de Bion (1988a), que permite a transformação de elementos sensoriais em elementos do pensar. Esta linguagem primitiva constituída por significantes não verbais constrói-se nas trocas expressivas entre a mãe e o bebé, cuja elaboração permite à criança o desenvolvimento da própria linguagem enquanto sinal de autonomia, bem como, o acesso à representação. A mãe funciona como objecto pensante da criança, cuja ausência de

responsividade empática e afectiva pode provocar uma falha ao nível da linguagem sintónica e sensorial que, deste modo, não é elaborada na condição de elementos pensáveis e coerentes (Matos, 1999).

Uma relação dual incapaz de gerar conforto e segurança impossibilita a construção de um aparelho psíquico coeso originando uma falha ao nível da representação. Segundo Winnicott (cit. por Jaeger, 1998), a carência associada às competências securizantes e contentoras da figura materna, nomeadamente, a capacidade de *holding* e de *handling*, são responsáveis pela dissociação entre psique e soma. Para além disso, um investimento primário insuficiente caracteriza-se por uma falha narcísica básica (Coimbra de Matos, 1999) contribuindo para uma identidade deficitária. Na ausência de um espaço mental organizado sem acesso à simbolização observa-se um empobrecimento ao nível da fantasia e do pensamento e, conseqüentemente, da expressão dos afectos.

Aquém do processo de simbolização e da expansão do pensamento, o desenvolvimento da vida psíquica, bem como, a diferenciação somatopsíquica permanecem em descontinuidade (Matos, 1999). Quando a ligação entre o psíquico e o somático se encontra comprometida, a única forma de garantir a sobrevivência é através da organização de uma barreira ao nível das experiências e dos afectos que expressa a falta de continuidade corpo-mente do indivíduo psicossomático.

1.3. A estrutura psicossomática

Nas estruturas psicossomáticas, o corpo é o meio de comunicação do indivíduo. Os sintomas expressos somaticamente envolvem um conjunto de distúrbios relacionados com o *self* psíquico e com o *self* corporal, na medida em que não se encontram adequadamente diferenciados (PDM, 2006). No DSM-IV, os distúrbios que englobam a ligação corpo-mente são classificados como Transtornos Somatoformes descritos como “a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (...) e não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos directos de uma substância ou por outro distúrbio mental.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 485).

Segundo Marty (1991), quanto mais elaborada a capacidade de representação, menor a probabilidade do adoecer somático. De acordo com o autor, os pontos de

fixação somáticos, ou seja, os órgãos afectados pela doença seriam em parte herdados, em parte dependentes da história de vida do sujeito. Para Dejours (2009), a figura materna é responsável pelo investimento libidinal que permite a constituição de um corpo erógeno a partir do corpo orgânico. Esta transformação corporal contribui para a elaboração de um corpo psíquico evoluindo, posteriormente, para a formação do psiquismo. No entanto, se o objecto materno não investe o corpo erógeno, formam-se zonas corporais desligadas das experiências prazerosas que permanecem presas ao orgânico e o corpo apresenta uma maior vulnerabilidade ao adoecer psicossomático. Para o autor, na patologia psicossomática, as zonas corporais excluídas do investimento libidinal não são capazes de se expressar afectivamente mas, apenas, ao nível fisiológico.

Na perspectiva de McDougall (1989), o indivíduo psicossomático é incapaz de reconhecer simbolicamente as emoções associadas a determinado acontecimento, ou seja, não é capaz de representá-las na realidade psíquica. Neste sentido, as emoções não reconhecidas são transmitidas ao corpo através de uma linguagem primitiva não-verbal originando uma desorganização física designada por sintoma psicossomático. O mesmo acontece em situações de ameaça externa durante as quais a estrutura psíquica procura estabelecer contacto com o corpo, de modo a preveni-lo do perigo; a falha ao nível da linguagem e, conseqüentemente, da capacidade de simbolização, impede que a ameaça seja pensada e o sofrimento é filtrado pelo soma (McDougall, 1989). O conflito revela-se insolúvel porque não pode ser pensado o que gera, independentemente da especificidade da doença orgânica, uma situação de risco que predispõe à somatização (Sami-Ali, 1992).

Esta falta de integração entre psique e soma está relacionada com a constituição de um *self* pouco coeso que, segundo o conceito do Eu-Pele (Anzieu, 1995), se traduz numa função deficitária desenvolvida ao nível da pele psíquica. Deste modo, o continente corporal encontra-se comprometido e a criança é incapaz de introjectar a função da pele-envelope impossibilitando a elaboração de um espaço psíquico organizado (Houzel, 1996) no qual se constroem e se vivenciam as emoções e as fantasias.

A constituição do aparelho psíquico envolve a presença de um espaço de ilusão criado na relação dual que permite à criança diferenciar e organizar a realidade interior e

a realidade exterior. Na estrutura psicossomática, este espaço de ilusão parece estar ausente o que se traduz numa lacuna ao nível do aparelho mental (Barata, 1988).

Coimbra de Matos (2003) faz referência ao recalçamento primário como mecanismo de defesa psíquica, a partir do qual um acontecimento traumático não é representado nem integrado no aparelho mental. Assim, a emoção desencadeada, bem como, algumas imagens e reacções fisiológicas permanecem ausentes de significado originando o inconsciente não reprimido, não representado no espaço psíquico. No funcionamento psicossomático, observa-se uma incapacidade de conter e elaborar as experiências afectivas (McDougall, 1984). No seu trabalho desenvolvido acerca das neuroses, Freud (1955a) referia a presença de manifestações somáticas consequentes de representações inadmissíveis à consciência, na medida em que perderam o seu significado e se encontram desligadas dos afectos. O afecto encontra-se separado da representação da experiência e, acumulado, difunde-se ou para o exterior ou para o interior, sendo que a última via resulta na descarga pelo soma e provoca a lesão orgânica. O evento traumático permanece retalhado na memória impedindo a ligação futura entre os factos e as vivências, isto é, não se elabora a fantasia na medida em que nunca foi recalçada porque, nem sequer, foi consciente (Coimbra de Matos, 2003). Na ausência do mundo fantasmático, a capacidade de simbolização não é alcançada nem tão-pouco o espaço de ilusão necessário à organização do pensamento, nomeadamente, à representação dos objectos internos.

Sami-Ali (1992) refere o sucesso do recalçamento da função imaginária no funcionamento psicossomático que consiste num desinvestimento desta função que, consequentemente, resulta na redução da vida psíquica. Este recalçamento caracterial coloca um fim ao conflito psíquico, bem como, à elaboração onírica observando-se um desvio do imaginário para aderir ao real. Neste sentido, a inacessibilidade do imaginário dispõe para uma somatização do corpo real onde “o orgânico é antes de mais relacional” (p.79). De acordo com o autor, quando não existe uma progressiva diferenciação entre o eu e o outro, no momento de confrontação com o rosto do estranho, a criança reage com angústia. Este sentimento de angústia, de se perder a si própria fora do objecto, manifesta-se pelo medo da diferença na medida em que a criança não foi investida como um ser único, com o seu próprio rosto e a sua própria identidade.

Na patologia psicossomática, a identidade apresenta uma mobilidade bastante reduzida (Matos, 2005) cuja rigidez se caracteriza pela adaptação forçada ao mundo exterior, o conceito de “pseudonormalidade” referido por McDougall (1989) e, simultaneamente, pelo conformismo. Este aspecto conformista da personalidade traduz-se na dificuldade em ser diferente, na medida em que o sujeito se sente igual ao outro, neste caso, ao objecto materno pela ausência de um investimento privilegiado, o que resulta na exclusão do conflito e da subjectividade (Sami-Ali, 1992). Esta atitude de submissão constitui o primeiro estágio do “falso-*self*” que se submete às exigências do ambiente e que se organiza de modo a proteger o verdadeiro *self*. Pode acontecer que o “falso-*self*” se separe do verdadeiro, cuja dissociação pode reflectir-se na separação do soma e da psique e, conseqüentemente, o *self* fica clivado (Winnicott, cit. por Golse, 2005). Sem a dinâmica da identidade perde-se a continuidade, bem como, a ligação somatopsíquica e o corpo, inibindo a carga psíquica, adocece expressando-se através de uma linguagem corporal que não atingiu a representação (Matos, 2005).

Para Sperling (cit. por Coimbra de Matos, 2003), na doença psicossomática, os impulsos agressivos são dirigidos para o soma provocando uma lesão orgânica. Neste sentido, a doença psicossomática seria um *acting-in*, um agir sobre o corpo observando-se a inflexão da agressividade ante a impossibilidade de expressar, afectiva e simbolicamente, o sofrimento psíquico. Também para Green (cit. por Prazeres, 1996) o agir no corpo representaria a tentativa de expulsar o afecto para fora da realidade psíquica.

De acordo com alguns autores, a agressividade está presente desde o nascimento da criança. Freud (1964/1955b) considerava a existência de pulsões libidinais e agressivas – instinto de vida e instinto de morte - desde o princípio da vida, responsáveis pelo investimento pulsional do objecto. Neste sentido, a criança ao estabelecer a relação com o objecto externo, num primeiro contacto com o objecto materno, satisfaz as suas pulsões o que contribui para a diminuição da tensão interna e, posteriormente, para a diferenciação entre o mundo exterior e o mundo interior. Existe, então, uma pulsão libidinal primitiva destrutiva associada ao sentimento de frustração (Winnicott, 1997) que se gera a partir da relação com o seio da mãe que é sentido duplamente como gratificante e frustrante (Klein, 1952). O sentimento de frustração corresponde, por um lado, à agressividade que leva a criança a manifestar o seu desejo e, por outro, à necessidade de destruir o objecto, de modo a estabelecer a constância do próprio objecto

e a diferenciação do seu *self* (Winnicott, 1966). No entanto, se a figura materna não é capaz de conter estes ataques agressivos e, considerando a falta de coesão do Ego no início do desenvolvimento, o Ego pode sofrer uma desintegração que origina um enorme sentimento de angústia (Klein, 1952).

Segundo Coimbra de Matos (2003), o sofrimento psíquico ou é vivido e o sujeito deprime-se, depressão que poderá ser posteriormente elaborada, ou não é aceite como doença psíquica e faz sofrer o corpo com as suas descargas agressivas. Para o autor, o psicossomático permanece numa organização pré-depressiva que designa por depressão falhada, caracterizada por um abatimento das funções biológicas, nomeadamente, ao nível do sistema imunitário (Coimbra de Matos, 1999).

1.4. Depressão e alexitimia na patologia psicossomática

Embora se tenham desenvolvido várias concepções no campo da psicossomática e, portanto, não se possa descrever um quadro psicossomático universal, a depressão e a alexitimia são duas das características que se observam na maioria dos indivíduos psicossomáticos.

A Escola Psicossomática de Paris procura compreender os distúrbios somáticos estabelecendo uma relação entre a pulsão libidinal presente no organismo e as suas possibilidades de descarga. Para os autores, o funcionamento psicossomático resulta da impossibilidade de elaboração das angústias devido a uma estrutura psíquica e emocional imatura e disfuncional (Marty & M'Uzan, cit. por Volich, 1998). Os autores consideram que no pensamento do doente psicossomático não há referência a um objecto interno, estabelecendo-se uma relação caracterizada por um desinvestimento objectal e libidinal que designaram por “relação branca” (Marty, David & M'Uzan, 1963). Estes indivíduos estabelecem vínculos afectivos frágeis que caracterizam os seus relacionamentos superficiais (Marty, 1991).

A ausente capacidade de simbolização no indivíduo psicossomático traduz-se na desorganização do aparelho mental e, conseqüentemente, das funções psíquicas. Esta desorganização, na qual o objecto interno não está representado nem tão-pouco é representável, não permite a elaboração das angústias do sujeito observando-se uma redução da pulsão libidinal e um sentimento de desorganização que caracterizam a depressão essencial (Marty, 1985). Segundo o autor, a depressão essencial é um sinal de

desorganização psíquica que engloba o aparecimento de diversas doenças de natureza somática. Na depressão essencial está ausente qualquer processo de elaboração mental; “depressão sem objecto” que é frequentemente precedida por angústias precoces que manifestam a fragilidade egóica do sujeito, uma falha na função de suporte desempenhada pelo Eu-Ideal narcísico e primitivo (Marty, 1985). Para o autor, a depressão essencial caracteriza-se pelo desaparecimento da libido tanto narcísica como objectal que define, por si mesma, a primazia do instinto de morte, ou seja, através da qual a energia vital se perde sem qualquer compensação ou contrapartida (Marty, 1968). A falta de ressonância emocional, a carência afectiva gerada a partir de uma relação diádica insuficientemente responsiva e empática, desencadeiam uma depressão não organizada mentalmente e que fragiliza o organismo biológico – é a depressão falhada, uma reacção depressiva, de desistência e falta de vitalidade (Coimbra de Matos, 2003). A falha ao nível do investimento narcísico traduz-se na perda de identidade e num estado de depressão que pode dar origem a distúrbios somáticos (Luban-Plozza et al., 1992). Segundo Engel e Schmale (1968), nos pacientes psicossomáticos, observa-se uma depressão reactiva face à perda do objecto e ao trauma narcísico. Este sentimento de perda e sofrimento psíquico podem levar ao desenvolvimento de uma depressão não reconhecida, na medida em que o sujeito assume este estado depressivo como experiência única que conhece (McDougall, 1989).

Para Sami-Ali (1992), está presente um sentimento de vazio, o sofrimento em estar-se só cuja condição determina como depressão caracterial. Segundo o autor, esta depressão *a priori*, que se confunde com a vida, suprime a possibilidade de qualquer relação na medida em que sujeito e objecto são um só. Deste modo, estar só significa estar com o único objecto que existe, o objecto materno, e ser precisamente esse objecto, ou seja, perder a identidade que nunca foi alcançada. A insuficiente diferenciação eu-outro conduz à percepção de um ego equacionado como objecto não permitindo a sua representação mental, ou seja, símbolo e objecto permanecem difusos (Fleming, 2003). Se pensarmos na teoria de Melanie Klein, a não elaboração da posição depressiva e, portanto, a insuficiente coesão do Ego e do próprio aparelho mental impedem o processo de identificação primária o que impossibilita a formação de uma relação a dois (cit. por Jaeger, 1998).

A lacuna no campo simbólico, ou seja, a falha ao nível da mentalização deixa o corpo biológico desprotegido, entregue a uma linguagem primitiva essencialmente somática (Marty, cit. por Ferraz, 1997). A ausência de comunicação com o inconsciente constitui uma ruptura com a própria história do indivíduo onde o factual e o actual se impõem nas experiências quotidianas (Marty, 1985). No indivíduo psicossomático, observam-se representações pobres, repetitivas e associadas ao concreto, cujo funcionamento mental, Marty e os seus colegas (1963) designaram por pensamento operatório. O pensamento operatório é caracterizado pela pobreza ou ausência da vida fantasmática traduzindo-se num discurso factual e colado à realidade (Marty & M'Uzan, 1963). O pensamento operatório é compreendido como um funcionamento psíquico que caracteriza o doente psicossomático associado a dissonâncias afectivas experienciadas na primeira infância, onde a figura materna desempenhou uma função pouco adequada às necessidades da criança, nomeadamente, no papel contendor das suas pulsões internas precoces (Marty, 1991). Para Winnicott (cit. por Jaeger, 1998), o indivíduo operatório não dispõe de um espaço transicional entre o mundo fantasmático e a realidade o que caracteriza um *self* dissociado e, conseqüentemente, a impossibilidade de construir um espaço de simbolização. De acordo com o autor, o pensamento operatório protege o sujeito de um estado de fragmentação psíquica.

McDougall (1989), através da observação clínica de pacientes psicossomáticos, defende a presença de um funcionamento mental pragmático e desprovido de afecto cuja condição designou por *desafecção*. É através da acção, e não do processo mental, que se filtram as tensões enquanto movimentos de exteriorização desprovidos de valor simbólico. Nestes pacientes, a incapacidade de elaborar e conter as experiências afectivas na sua realidade psíquica devido à sua fragilidade narcísica precoce, traduz-se numa maior vulnerabilidade psicossomática, principalmente, na presença de eventos geradores de stress. O sofrimento psíquico não é reconhecido ao nível do aparelho mental o que impede a redução da tensão interna e, deste modo, observa-se uma descarga no corpo cuja resposta é psicossomática (McDougall, cit. por Capitão & Carvalho, 2006). A falta de coesão do Ego nestes indivíduos, limita a sua capacidade de aprender novos comportamentos emocionais. De certa forma, verifica-se um vazio emocional que se traduz na automaticidade do pensamento juntamente com a fraca

capacidade de pensar e resolver problemas de natureza emocional (Engel & Schmale, 1968).

O narcisismo do indivíduo operatório encontra-se investido para o exterior, para a realidade colectiva na qual a via de satisfação do sujeito está dependente das normas sociais (Smadja, 1998). Pode associar-se este funcionamento à disposição conformista descrita por Sami-Ali (1992) nos sujeitos psicossomáticos, onde a subjectividade é eliminada dando origem a uma personalidade conforme as normas socioculturais. Segundo Smadja (1998), a problemática do sujeito operatório baseia-se na organização deficitária do narcisismo primário o que contribui para a acentuação da depressão essencial, dos processos automáticos do pensamento e da somatização. A substituição da simbolização pela reacção biológica, nestes indivíduos, transforma-se numa acção continuada e destrutiva (Marty & Loriod, 1985).

Nos pacientes operatórios, observa-se uma falha na organização do narcisismo primário que se traduz na orientação para o mundo exterior, sendo negligenciada a realidade interna. O funcionamento operatório desempenha uma actividade defensiva contra o sentimento de desfragmentação do próprio sujeito; assim verifica-se um investimento na realidade concreta e factual como um contra-investimento associado ao risco de perder a representação interna, a sua identidade. A falta de recursos ao nível do aparelho psíquico conduz a uma resposta de natureza motora e perceptiva (Smadja, cit. por Kaswin-Bonnefond, 2004). O pensamento operatório engloba duas noções, primeiro, pode ser caracterizado como um pensamento motor e, em segundo lugar, como um pensamento incapaz de desempenhar a sua função na integração instintiva (Smadja, 1998).

Uma das características do indivíduo psicossomático, associada à falha simbólica e ao pensamento operacional, é a pobreza do mundo fantasmático que se manifesta na escassez dos sonhos. Quando as experiências são expulsas da realidade psíquica devido à carga afectiva não suportada, os elementos potenciais dos sonhos tornam-se inatingíveis (McDougall, 1991). Observa-se um esquecimento persistente dos sonhos, um recalamento que atinge a função do imaginário, provocando uma redução da vida orínica e psíquica. O sonho, desligado da experiência vivenciada, ora é esquecido ora aparece na forma de acontecimentos inalterados do quotidiano ou apresenta um carácter autopunitivo que, de qualquer maneira, expressa a falha na comunicação entre afecto e representação, entre psique e soma (Sami-Ali, 1992).

A fragilidade da estrutura psíquica dos indivíduos psicossomáticos e a sua incapacidade de fantasiar livremente manifestam-se no discurso orientado para o exterior e desprovido de afecto, bem como, na dificuldade em expressar e reconhecer emoções. Segundo Coimbra de Matos (2003, p. 147), “a incapacidade de fazer a leitura dos afectos e emoções predispõe para o adoecer somático”. Estas observações levaram alguns autores a afirmar a presença de um funcionamento alexitímico.

A alexitimia é uma palavra de origem grega que, etimologicamente, significa *sem palavras para as emoções*. O termo foi introduzido por Sifneos em 1972, no percurso das suas investigações juntamente com Nemiah na compreensão dos pacientes psicossomáticos para descrever um conjunto de características afectivas e cognitivas clinicamente observadas nestes pacientes, nomeadamente, no estilo comunicativo e que os diferencia dos pacientes neuróticos (Sifneos, 1973). Para os autores, os sujeitos alexitímicos revelam dificuldade em reconhecer e descrever os seus sentimentos, bem como, em distinguir entre estados emocionais e sensações corporais (Sifneos, Nemiah & Freyberger, 1976).

Inicialmente, a alexitimia foi descrita por diversos autores no campo da patologia psicossomática (Marty & M’Uzan, 1963; Sifneos, 1973), ainda que não seja específica e universal das doenças psicossomáticas podendo estar presente em outros quadros psicopatológicos como as perversões sexuais, psicopatias, hipocondria, abuso e dependência de substâncias psicoactivas, entre outros (Lesser, 1981; Taylor, 1984; Lolas & Von Rad, 1989; Salminen et al., 1995). A alexitimia foi observada em indivíduos com manifestações somáticas e, também, em casos pós-traumáticos ou de doença física e/ou crónica (Barros et al., 1996). Embora a alexitima não seja uma característica exclusiva do funcionamento psicossomático e possam, inclusive, estar presentes traços alexitímicos na população dita normal, especificamente, em situações de stress verifica-se uma percentagem alexitímica duas vezes superior nas doenças psicossomáticas relativamente às outras doenças psiquiátricas (Sifneos, cit. por Fernandes & Tomé, 2001).

De acordo com García-Esteve, Núñez e Valdes (1988), a alexitimia pode definir-se como um síndrome clínico com diversas características, nomeadamente, a dificuldade para verbalizar e reconhecer as emoções, a dificuldade para localizar as sensações do próprio corpo, tendência para utilizar a acção como estratégia para enfrentar os

conflitos, bem como, estilo de pensamento concreto e desprovido de símbolos e rigidez na comunicação caracterizada por uma mímica reduzida.

O termo alexitimia pode ser associado ao conceito de pensamento operatório de Marty e M'Uzan (1963), na medida em que os autores referem o empobrecimento da vida fantasmática e a tendência para utilizar a acção como meio de lidar com conflitos internos, resultante de uma estrutura egóica deficitária que dificulta o desenvolvimento emocional. A tendência à acção, bem como, as experiências afectivas indiferenciadas e vividas como sensações somáticas caracterizam os indivíduos alexitímicos, ou seja, não há integração e diferenciação da emoção na realidade psíquica (Lane e Schwartz, 1987). O conceito de alexitimia pode também ser relacionado com a noção de Bion de uma função alfa deficitária (Taylor, 1990), na medida em que a elaboração das experiências e das emoções se encontra dependente desta função. A falha ao nível da função α impede o acesso ao simbólico e, conseqüentemente, a organização da realidade interna do indivíduo, nomeadamente, ao nível das vivências afectivas. O sujeito alexitímico apresenta uma grande dificuldade em descrever a sua experiência interna e subjectiva, utilizando uma linguagem sem ressonância afectiva (Lolas & Von Rad, 1989).

McDougall (1989) refere-se aos pacientes *desafectados* como incapazes de elaborar as emoções ao nível simbólico, uma vez que os afectos não integrados na realidade psíquica ameaçam a integridade e a identidade do sujeito. A imaturidade simbólica resulta de uma perturbação durante a fase simbiótica na qual as representações do eu e do objecto não são completamente diferenciadas e os símbolos não se transformam para além da sua natureza concreta. Na perspectiva da autora, a alexitimia não significa a incapacidade para sentir as emoções, funciona antes como um mecanismo de defesa cujo distanciamento face às experiências afectivas permite ao indivíduo lidar com o conflito e a tensão em situações de stress, protegendo-se da natureza desorganizadora dos afectos.

Freyberger (1977) distingue dois tipos de alexitimia. Por um lado, a alexitimia primária, associada a uma falha na ligação entre as representações ou fantasias e as experiências afectivas. Por outro lado, a alexitimia secundária, como um mecanismo de defesa que traduz a negação da fantasia e do afecto na presença de situações traumáticas. Taylor (1990) relaciona o conceito de alexitimia secundária com a descrição de Freud de indivíduos cujo sofrimento psíquico intolerável se traduz no desinvestimento do mundo exterior e na manifestação de sintomas.

Também Krystal (1979) relaciona a alexitimia com a presença de um trauma psíquico que poderá ocorrer quer na infância provocando uma falha no desenvolvimento afectivo, quer na vida adulta traduzindo-se numa regressão na expressão dos afectos. Na compreensão de ambas as teorias, pode distinguir-se a alexitimia primária como uma forma mais grave de alexitimia, cujo desenvolvimento estaria associado a um trauma infantil que se relaciona com a incapacidade contentora e protectora do objecto materno. Neste sentido, o trauma seria anterior à linguagem e ao pensamento simbólico o que compromete a elaboração das experiências afectivas. E a alexitimia secundária na qual as situações traumáticas externas durante a vida adulta contribuiriam para a presença de tensões insuportáveis que seriam responsáveis pela regressão do indivíduo a um funcionamento do período pré-verbal, cuja tensão seria descarregada pela via somática (Prazeres, 2000).

Num estudo efectuado por Henry et al. (2006) para avaliar a relação entre a alexitimia e as manifestações somáticas, verificou-se que a dificuldade para identificar as emoções e a pobreza da vida fantasmática se encontram, significativamente, associadas a uma elevada presença de sintomas somáticos. Nos indivíduos alexitímicos parece estar presente uma maior vulnerabilidade à doença psicossomática, cujos traços alexitímicos podem ser responsáveis pelo prolongamento da doença somática (Fernandes & Tomé, 2001). O indivíduo psicossomático, incapaz de nomear os seus estados afectivos, expressa uma falha ao nível dos processos de simbolização. Observa-se um corpo danificado, sem continuidade, sem pele contentora (Fleming, 2003). Na ausência de um aparelho psíquico capaz de pensar, o corpo é o único meio para expressar a dor. Podem referir-se diversas doenças associadas à patologia psicossomática, nomeadamente, alergias, eczemas, distúrbios gástricos e cardíacos, asma brônquica, úlcera, hipertensão, tuberculose e psoríase, entre outras (McDougall, 1989; Coimbra de Matos, 2003; Luban-Plozza et al., 1992). No âmbito das doenças dermatológicas, a Psoríase será focada e compreendida na perspectiva psicanalítica da patologia psicossomática.

CAPÍTULO 2: A PSORÍASE

A Psoríase é uma doença dermatológica crónica com prevalência entre 1% a 2% da população mundial igualmente comum nos homens e nas mulheres, cuja etiopatogenia não é ainda totalmente compreendida (Ortonne, 1999; Neimann, Porter & Gelfand, 2006; Levenson, 2008). A Psoríase caracteriza-se por uma proliferação excessiva das células da epiderme, designadas por queratonócitos, que se acumulam na superfície da pele formando placas avermelhadas de escamação. Existem diferentes tipos de psoríase, nomeadamente, psoríase em placas, em gotas, psoríase pustulosa, psoríase artropática entre outras sendo classificada como leve, moderada ou grave consoante a extensão das lesões corporais. As áreas do corpo lesionadas variam de acordo com a severidade da doença, no entanto, algumas das extremidades como os cotovelos, os joelhos, pés e mãos, bem como, o couro cabeludo e os órgãos genitais são frequentemente afectados (Steigleder & Maibach, 1993; Silva & Silva, 2007). A Psoríase é considerada uma doença crónica com surtos de intensidade variável, alternados por períodos de remissão (Esteves et al., 1992). É uma doença de pele incluída no grupo das psicodermatoses como é o caso da dermatite atópica, da urticária, do herpes, entre outras (Silva & Muller, 2007). O tratamento da Psoríase revela algumas complicações devido às diferentes manifestações da doença, nomeadamente, a severidade das lesões e as áreas corporais afectadas, bem como, a percepção do indivíduo face à doença. No entanto, é possível mencionar alguns dos tratamentos que contribuem para ligeiras melhorias e para o aumento do bem-estar do sujeito psoriático.

As intervenções tópicas, ou seja, a utilização de cremes e pomadas é aconselhada nos casos menos graves nos quais as lesões afectam parcialmente o corpo. As pomadas à base de corticóides, vitamina D e ácido salicílico são bastante recomendados (Esteves et al., 1992; Silva & Silva, 2007). A fototerapia, como a exposição ao sol e à luz ultravioleta (UVB e PUVA), é outra terapêutica possível que apresenta alguma eficácia devido à simplicidade e rapidez nas sessões de tratamento, para além, de não ser necessária a aplicação de medicamentos tópicos, no entanto, os efeitos adversos incluem, muitas vezes, prurido, eritema, náuseas e vómitos. Num estudo realizado por McKenna e Ster (1997) concluiu-se que os pacientes que recebiam tratamento com fototerapia UVB apresentavam pior qualidade de vida do que aqueles sujeitos ao tratamento com PUVA. A terapêutica sistémica diz respeito à administração

farmacológica, quer por via oral quer intravenosa ou intramuscular, como é o caso do metotrexato e da ciclosporina utilizados em formas graves da psoríase, frequentemente, em regime de internamento hospitalar. Esta forma de tratamento é utilizada quando os pacientes manifestam resistência ao tratamento tópico e à fototerapia (Warren & Griffiths, 2008). Os medicamentos imunobiológicos (alefacept, etanercept) são relativamente recentes e consistem na ligação de determinadas moléculas bloqueando a estimulação das células T reduzindo, deste modo, a resposta inflamatória. Esta intervenção é indicada apenas para indivíduos com psoríase grave (Esteves et al., 1992; Ortonne, Lebwohl & Griffiths, 2003).

A limpeza por peixes, também conhecido por “Doctorfish of Kangal”, é um tratamento alternativo que ocorre num centro terapêutico numa região da Turquia embora seja aplicado noutros países como a Croácia, a Irlanda, a Hungria e a Sérvia. Os sujeitos psoriáticos banham-se nas piscinas termais povoadas por peixes de determinadas espécies (*Cyprinion macrostomus* e *Garra rufa*) que se alimentam das escamas de pele. Alguns estudos revelam que esta intervenção é eficaz no tratamento da psoríase vulgar, principalmente, quando combinada com fototerapia UVB. Embora os peixes se alimentem, preferencialmente, das áreas lesionadas podem, também, investir contra as zonas corporais não afectadas provocando alguns danos na pele (Ozcelik et al., 2000; Grassberger & Hoch, 2006). A Psicoterapia é outra das possibilidades terapêuticas na intervenção da psoríase. Não obstante, os poucos e curtos estudos realizados nesta área é possível afirmar que o acompanhamento psicológico individual, especificamente, através da hipnose, da psicoterapia psicanalítica, de técnicas de relaxamento e de formação de imagens revela alguma eficácia na melhoria e, inclusive, na remissão da psoríase, especialmente, em conjunto com a fototerapia do tipo PUVA, bem como, a terapia em grupo (Gupta et al., 1987; Zachariae et al., 1996; ver Papadopoulos, 2005; Levenson, 2008).

Através de vários estudos realizados, observou-se que a Psoríase pode desenvolver-se em qualquer faixa etária embora se verifique uma maior prevalência na adolescência e na idade adulta (Devrimci-Ozguven et al., 2000; Gupta & Gupta, 2000; Neimann et al., 2006; Silva & Silva, 2007). No que diz respeito ao género, alguns estudos (Gupta & Gupta, 2000; Akay et al., 2002; Levenson, 2008) inferem que a Psoríase afecta igualmente homens e mulheres, enquanto outros (Gelfand et al., 2005; Neimann, Porter & Gelfand, 2006) afirmam que esta doença apresenta uma maior prevalência no sexo

feminino em faixas etárias precoces, nomeadamente, com idades inferiores a 20 anos. Para além disso, os indivíduos psoriáticos apresentam uma maior tendência, comparativamente à população dita normal e a sujeitos com diferentes perturbações cutâneas, para desenvolver doenças associadas a falhas no sistema imunológico como é o caso da doença inflamatória intestinal ou a esclerose múltipla, bem como, doenças cardiovasculares, obesidade, cancro e transtornos psiquiátricos, nomeadamente, a depressão (Henseler & Christophers, 1995; Neimann, Porter & Gelfand, 2006). Ao considerar apenas o aspecto biológico da Psoríase podemos presumir que o desenvolvimento de outras doenças estaria relacionado à fragilidade imunológica desencadeada pela própria doença. No entanto, do ponto de vista psicossomático, podemos salientar que o indivíduo tem tendência para expressar os seus conflitos internos e o seu sofrimento através da doença. Cada pessoa tem um ou mais órgãos vulneráveis ao stress, ou seja, à conflituosidade da sua vida psíquica que, segundo Marty (1985) estariam dependentes da condição genética e, igualmente, das vivências do sujeito.

Alguns autores atribuem uma componente genética ao desenvolvimento da Psoríase caracterizando-a como uma doença auto-imune da pele, todavia, a sua causa permanece ainda desconhecida (Esteves et al., 1992; Trembath et al., 1997; Mallon, Newson & Bunker, 1999; Brophy et al., 2003). A Psoríase já foi designada como uma perturbação psicossomática considerando a influência do stress, quer físico quer emocional, no aparecimento e agravamento da doença (Griffiths & Richards, 2001; Silva & Muller, 2007; Kiliç et al., 2008). Neste sentido, referem-se alguns eventos indutores de stress ou mesmo traumáticos que contribuem para o aparecimento e/ou agravamento da psoríase, nomeadamente, acidentes ou outras doenças, separação ou divórcio, situações de perda [real ou fantasiada] como a morte de um familiar, problemas familiares ou pessoais como o desemprego ou a perda de estatuto sócio-profissional que possam ter ocorrido num período de três meses anterior ao aparecimento da doença (Gupta, Gupta & Haberman, 1987; McDougall, 1991; Luban-Plozza et al., 1992; Devrimci et al., 2000; Akay et al., 2002). Enquanto outros estudos (Bahmer, Kuhl & Bahmer, 2007; Levenson, 2008) referem a fraca relação ou mesmo a ausência de episódios desencadeadores de stress no aparecimento e/ou exacerbação da psoríase, o que pode estar associado ao não reconhecimento do stress ao nível psíquico. Segundo McDougall (1991), para o indivíduo psicossomático, os eventos traumáticos podem ser vivenciados num estado de

tranquilidade, naturalmente invulgar, uma vez que as emoções são expulsas da mente. Na nossa perspectiva, a relação entre os episódios de stress e a expressão da doença a nível corporal está associada à incapacidade de elaboração mental dos conflitos, quer internos quer externos, cujos elementos não pensáveis se traduzem no sofrimento filtrado pelo soma, neste caso, pela pele. “Ela [a pele] é, aos olhos dos outros, um reflexo da nossa boa ou má saúde e um espelho da nossa alma” (Anzieu, 1995, p. 39). A pele, para além, de ser um órgão extremamente importante no funcionamento orgânico do indivíduo desempenhando um papel protector contra ameaças externas actua, também, ao nível do mundo interno afectando o estado emocional; ela constitui o campo somático na expressão das emoções (Alexander, 1963). Uma doença de pele, como é o caso da Psoríase, pode ser compreendida como uma manifestação orgânica mas, também, psíquica o que contribui para a conceptualização da relação corpo-mente (Ludwig et al., 2008).

Como já foi referido anteriormente, a pele é uma das primeiras vias de comunicação aquando do nascimento funcionando como uma linguagem pré-verbal entre a criança e a mãe. O investimento que o objecto materno proporciona no contacto com a pele do seu bebé, intervém no processo de coexistência soma-psique (Jaeger, 1998) sendo fundamental na construção de uma imagem corporal saudável e na capacidade da regulação das emoções como a ansiedade, a agressividade e a depressão (Gupta, 2005). Uma falha neste processo comunicativo poderá comprometer as necessidades da criança sendo responsável, por exemplo, pelo aparecimento de dermatite infantil ou eczema, bem como, originar uma fixação do domínio pré-verbal e pré-simbólico influenciando o desenvolvimento emocional (Pines, 1980). Algumas perturbações consideradas psicossomáticas e que se podem desenvolver durante a primeira infância são a cólica idiopática, a asma, a pelada, entre outras (Marcelli, 2005). Estas manifestações psicossomáticas podem ser relacionadas às idiosincrasias da relação mãe-criança, especificamente, com as capacidades contentora e securizante da figura materna. Quer as relações de carácter rejeitante e agressivo quer uma relação dual invasiva e hiperprotectora podem desencadear uma resposta psicossomática como o eczema infantil, a cólica dos três meses e a depressão anaclítica (Sptiz, 1973).

Assim, no adulto, a comunicação através do sintoma, ou seja, da doença de pele poderá estar relacionada com esta fase primitiva do desenvolvimento humano durante a

qual se observaram falhas na relação dual e na expressão das emoções. A qualidade da relação com as figuras cuidadoras é bastante importante no desenvolvimento psicoafectivo do indivíduo sendo que, nos sujeitos com psoríase, parece estar presente uma vinculação insegura cujo relacionamento afectivo é mais instável em comparação com sujeitos sem esta ou outra doença de natureza dermatológica (Picardi et al., 2005; Dias, 2007). Esta relação caracterizada pela insegurança pode estar associada a uma auto-imagem empobrecida e desvalorizada, ou seja, ao narcismo primário deficitário característico dos indivíduos psicossomáticos e à ausência de uma identidade única que se traduzem num sentimento de vazio interior, muitas vezes, designado por depressão essencial ou depressão caracterial. De um modo geral, os portadores de psoríase sentem-se excluídos e manifestam sentimentos de inferioridade, cuja rejeição é vivenciada como um não reconhecimento da sua identidade (Akay et al., 2002; Silva & Silva, 2007). Para além disso, estes indivíduos raramente se zangam e apresentam uma tendência para desvalorizar as suas capacidades, manifestando um estilo de resposta pouco espontânea e optimista (Bahmer et al., 2007). Segundo Vogel (cit. por Niemeier et al., 1999), a doença psoriática é descrita como um sintoma associado à repressão da agressividade presente desde a infância e que, na impossibilidade de ser expressada, é deflectida em reacções na pele. Estas conclusões podem ser compreendidas se considerarmos a incapacidade do sujeito psicossomático em expressar a agressividade, uma vez que se encontra inflectida sobre o próprio e o sentimento de angústia vivido internamente, ambos responsáveis por um consumo de energia do *self* que condiciona o olhar e a experiência do mundo exterior. “Uma raiva em regra apenas sentida como tensão, desconforto ou irritabilidade – ou nem sequer sentida – e quase não reconhecida, não ligada a eventos, pessoas (...) raiva difusa e invasiva que se espalha em ondas excitatórias descontroladas por eferentes nervosos vários.” (Coimbra de Matos, 2003, p. 136).

Os indivíduos psoriáticos apresentam elevados valores de sintomatologia depressiva comparativamente a sujeitos com outras doenças dermatológicas, bem como, em relação a indivíduos saudáveis. Para além disso, observa-se uma correlação positiva entre a gravidade da psoríase e a severidade da depressão, isto é, quanto mais extensas são as lesões corporais maiores são os valores manifestados de sintomatologia depressiva, bem como, com a duração da doença. Por exemplo, indivíduos diagnosticados com psoríase há menos de cinco anos manifestam menor sintomatologia depressiva do que aqueles

que sofrem da doença num período de tempo superior a cinco anos. Para além disso, observa-se uma diminuição da sintomatologia depressiva após o início do tratamento (Gupta, Gupta & Haberman, 1987; Gupta & Gupta, 2000; Devrimci et al., 2000; Akay et al., 2002; Fried et al., 2005). Alguns estudos referem a vivência depressiva como condição secundária ao aparecimento da psoríase podendo contribuir para o agravamento da doença, embora caracterizem as falhas na relação dual insuficientemente securizante e cuidadora como potencializadoras de uma condição depressiva tardia (Devrimci-Ozguven et al., 2000; Fried et al., 2005). Na estrutura psicossomática, a depressão está associada a uma perturbação mais profunda e precoce relativamente ao quadro clínico de depressão descrito no DSM-IV (2002), bem como, à disposição depressiva caracterizada por alguns autores (Grinberg, 1963/2000; Klein, 1952/1964; Mahler, 1982; Coimbra de Matos, 2001) cujo funcionamento é posterior ao estabelecimento de limites entre os mundos interno e externo, ou seja, o *self* apresenta uma maior integração e coesão. A depressão do psicossomático representa uma condição pré-depressiva, não se observando um estado de grande abatimento, desespero ou uma perda de vitalidade e esperança (Coimbra de Matos, 2003).

No entanto, torna-se difícil avaliar quantitativamente a depressão característica do sujeito psicossomático, na medida em que podem não ser observados sintomas depressivos evidentes devido à precocidade da vivência depressiva e aos mecanismos defensivos organizados pelo indivíduo ao longo do desenvolvimento, de modo a combater a angústia primitiva provocada pela ausência de uma identidade própria.

Os psoriáticos apresentam mais características alexitímicas quando comparados com indivíduos saudáveis, nomeadamente, uma maior dificuldade na identificação e distinção de sentimentos e de sensações corporais (Picardi et al., 2003). Os sujeitos com psoríase revelam dificuldade na expressão das emoções, principalmente, ao nível da agressividade manifestando maiores problemas de catexia corporal (Devrimci-Ozguven, 2000; Fried et al., 2005). Na perspectiva psicanalítica, a catexia é o processo através do qual a energia libidinal é investida na representação de um determinado objecto, cujo afecto não foi elaborado impedindo a formação de novas representações. A pessoa doente desinteressa-se pelo mundo exterior ao retirar o interesse libidinal pelos objectos, direccionando-os para o seu próprio Ego (Freud, 1957a/1957b). Neste caso, pode considerar-se que a energia do *self* é consumida nas constantes tentativas de afastar os

conflitos internos, cuja incapacidade de *pensar* o sofrimento se traduz no adoecer do corpo. Num estudo realizado por Kiliç et al. (2008), observou-se que os sujeitos psoriáticos são emocional e socialmente dependentes apresentando tendência para evitar os conflitos. Para além disso, manifestam traços de dependência e amabilidade sendo facilmente influenciados por outros. Esta última característica pode ser relacionada com o carácter conformista do psicossomático que, na ausência de um investimento individual e único na relação com o objecto materno, exclui o conflito e a subjectividade a nível psíquico (Sami-Ali, 1992). E, também, pela sua aparente capacidade de adaptação ao mundo exterior, cuja rigidez esconde um profundo sentimento de angústia e medo associados à sua fragilidade narcísica (McDougall, 1989). Os sentimentos de apatia e indiferença e o baixo nível de descontentamento observados em indivíduos psoriáticos (Bahmer et al., 2007) podem ser relacionados com o conceito de “*as if*” *personality*, referido por Hélène Deutsch, para descrever pacientes cujas experiências e relações se encontram destituídas de genuinidade, não obstante a sua capacidade de agir naturalmente (Sheehan, 2004).

Alguns estudos (Salminen et al., 1999; Richards et al., 2005), confirmaram a presença de características alexitímicas em indivíduos com psoríase, nomeadamente, níveis alexitímicos mais elevados nos indivíduos do sexo masculino. Para além disso, os homens psoriáticos manifestam, por um lado, menor agressividade e tristeza e, por outro, melhor capacidade para lidar com situações de stress no modo como experienciam a doença, quando comparados com indivíduos do sexo feminino (Gupta & Gupta, 1995; Bahmer, Kuhl & Bahmer, 2007). As mulheres revelam uma maior preocupação e sentimento de estigmatização face à doença provocando um impacto mais negativo na qualidade de vida (Zachariae et al., 2004; Sampogna et al., 2006). Estas diferenças entre géneros podem sugerir uma maior dificuldade na comunicação das emoções por parte dos homens e, simultaneamente, uma maior tendência para a depressão no caso das mulheres.

Embora a alexitimia possa não ser considerada, comumente, um factor de risco no aparecimento e/ou agravamento da Psoríase, parece desempenhar uma função predominante no desenvolvimento de determinados tipos de psoríase, como por exemplo, a psoríase em placas e a psoríase em gotas (Picardi et al., 2003).

A alexitimia e a depressão são dois constructos distintos embora possam estar, parcialmente, associados (Marchesi, Brusamonti & Maggini, 2000). Pode referir-se que a depressão está associada à alexitimia apenas nas dimensões relativas à identificação e comunicação das emoções sendo que a alexitimia é, fundamentalmente, uma resposta à ansiedade e à presença de eventos de stress generalizados podendo ser apenas um fenómeno transitório (Hendryx, Haviland & Shaw, 1991). Contrariamente a esta observação, a alexitimia pode ser caracterizada como um traço da personalidade e não uma reacção à doença [psoríase], na medida em que não se observaram diferenças na manifestação de características alexitímicas antes do tratamento e após melhorias significativas da doença (Richards et al., 2005). A Psoríase apresenta uma componente psicossomática, visto que o agravamento da doença encontra-se associado a características alexitímicas, ao evitamento das emoções e de relações de intimidade (Picardi et al., 2005).

Pretende-se compreender a Psoríase a partir da teoria psicossomática psicanalítica, considerando a interferência de conflitos de natureza ansiógena no aparecimento e/ou agravamento da doença e a presença de sintomatologia depressiva e características alexitímicas como foi averiguado em alguns dos estudos mencionados. O presente estudo foca-se numa melhor compreensão da doença psoriática, tendo em consideração a pessoa doente e o modo como ela lida com o seu sofrimento.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3.1. Objectivos, hipóteses e definição de variáveis

Os objectivos do presente estudo visam uma melhor compreensão da Psoríase, de acordo com a perspectiva da teoria psicossomática psicanalítica considerando: 1) a presença de sintomatologia depressiva e de características alexitímicas nos indivíduos psoriáticos; 2) a influência de perturbações afectivas e distúrbios somáticos na manifestação de características alexitímicas e 3) a interferência de eventos traumáticos no aparecimento e/ou agravamento da doença psoriática. De acordo com os objectivos mencionados e considerando os conhecimentos anteriormente explorados, elaboraram-se as seguintes hipóteses de trabalho:

H1: Os indivíduos psoriáticos apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e maior grau de alexitimia do que os indivíduos sem a mesma doença.

H2: Os sujeitos psoriáticos apresentam valores superiores nas componentes cognitivo-afectiva e somática do Inventário de Beck relativamente à componente auto-estima em comparação com os sujeitos sem a doença.

H3: A componente somática do Inventário de Beck é uma melhor preditora da alexitimia do que as componentes cognitivo-afectiva e auto-estima.

H4: Os indivíduos psoriáticos que apresentam valores mais elevados na componente somática do Inventário de Beck manifestam um maior grau de alexitimia comparativamente aos indivíduos sem a doença.

H5: As mulheres psoriáticas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que os homens com psoríase.

H6: Os homens psoriáticos apresentam um maior grau de alexitimia comparativamente às mulheres com psoríase.

H7: Os indivíduos psoriáticos que sofreram eventos traumáticos apresentam maior sintomatologia depressiva e maior grau de alexitimia.

As variáveis em estudo são as seguintes:

Em H1 a Variável Independente é a amostra (ter psoríase VS sem a doença) e as Variáveis Dependentes são a sintomatologia depressiva e o grau da alexitimia.

Em H2 a Variável Independente é a amostra (ter psoríase VS sem a doença) e as Variáveis Dependentes são os valores das componentes do Inventário de Beck (baixa auto-estima, perturbações cognitivo-afectivas e distúrbios somáticos).

Em H3 a Variável Independente são os níveis da componente somática do Inventário de Beck (baixo, médio e elevado) e a Variável Dependente é o grau de alexitimia.

Em H4 as Variáveis Independentes são a componente somática do Inventário de Beck e a amostra (ter psoríase VS sem a doença) e a Variável Dependente é o grau de alexitimia.

Em H5 a Variável Independente é o sexo (masculino VS feminino) e a Variável Dependente é a sintomatologia depressiva.

Em H6 a Variável Independente é o sexo (masculino VS feminino) e a Variável Dependente é o grau de alexitimia.

Em H7 a Variável Independente é a existência de eventos traumáticos (acidente, doença, separação/divórcio, morte de um familiar, aborto, situação de desemprego e perda de estatuto sócio-profissional) e as Variáveis Dependentes são a sintomatologia depressiva e o grau da alexitimia.

3.2. Método

3.2.1. Amostra

Este estudo é constituído por 260 participantes distribuídos em duas amostras: **amostra 1)** indivíduos sem a doença; e **amostra 2)** indivíduos com Psoríase. Ambas as amostras foram recolhidas através de dois questionários construídos em Junho de 2010, a partir de um software de pesquisa (*Qualtrics Survey Software*) cujo acesso online permitiu obter e agrupar, posteriormente, as respostas dos participantes. Os links respectivos a cada questionário foram enviados para diversos contactos e publicados em diferentes websites. A amostra 2 foi recolhida com a colaboração do Presidente da Associação Portuguesa de Psoríase, Vítor Baião, a cujos sócios (400 na totalidade) foi remetido o respectivo link para aceder ao questionário. A página inicial do questionário

menciona o âmbito da presente investigação, bem como, a confidencialidade e o anonimato das respostas.

3.2.1.1. Amostra 1: Indivíduos sem a doença

A amostra foi recolhida através de um questionário online entre Julho e Setembro de 2010 e é constituída por 130 sujeitos sem doença, 26 do sexo masculino (20%) e 104 do sexo feminino (80%). A média de idades é de 28.17 com desvio padrão de 6.87 sendo a idade mínima de 20 anos e a idade máxima de 47 anos. Relativamente ao estado civil dos sujeitos observou-se que 21 são casados (16.2%), 100 são solteiros (76.9%) e 9 são divorciados (6.9%). O nível de escolaridade apresenta uma média de 16.76 (DP=2.42) com uma classificação variável desde o 3º Ciclo do Ensino Básico até ao Ensino Superior (Licenciatura e Doutoramento). Para além disso, foi acrescentado um grupo que contempla os indivíduos que não se encontram profissionalmente activos e no qual estão incluídos os estudantes, os desempregados e os reformados.

3.2.1.2. Amostra 2: Indivíduos com psoríase

A amostra foi recolhida através de um questionário online entre Julho e Setembro de 2010 com a colaboração do Presidente da Associação Portuguesa de Psoríase, Vítor Baião, permitindo remeter o questionário via e-mail para os respectivos sócios, portadores da doença psoriática. A amostra é constituída por 130 sujeitos psoriáticos, 64 do sexo masculino (49.2%) e 66 do sexo feminino (50.8%), sendo a média de idades 43.31 com desvio padrão de 13.62, cujas idades estão compreendidas entre os 15 e os 74 anos. No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que 85 são casados (65.4%), 33 são solteiros (25.4%), 9 são divorciados (6.9%) e 3 são viúvos (2.3%). O nível de escolaridade apresenta uma média de 13.57 (DP=3.95) com uma distribuição variável desde o 1º Ciclo do Ensino Básico até ao Ensino Superior (Licenciatura e Doutoramento). Foi, também, acrescentado um grupo que contempla os indivíduos que não se encontram profissionalmente activos e no qual estão incluídos os estudantes, os desempregados e os reformados.

3.3. Instrumentos

Na presente investigação utilizaram-se vários instrumentos de avaliação (Anexo 1).

3.3.1 Questionário Sócio-Demográfico foi construído especificamente para o presente estudo e permitiu obter informação social e demográfica relativa aos indivíduos de ambas as amostras, nomeadamente, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e nacionalidade. Para além disso, no que diz respeito à amostra 2 (indivíduos com psoríase), este instrumento apresenta algumas questões relacionadas com a doença: duração da psoríase, tipos de tratamento utilizados, existência de eventos traumáticos/conflitos associados ao aparecimento e/ou agravamento da doença, existência de familiares com psoríase, manifestação de doenças psicossomáticas durante a infância. As questões específicas para a população da amostra 2 foram construídas a partir da literatura, no que diz respeito aos métodos mencionados no tratamento da psoríase, à ocorrência e ao período de tempo de determinados conflitos que influenciam o aparecimento e/ou o agravamento da doença, bem como, a algumas doenças caracterizadas como psicossomáticas durante a infância (Gupta et al., 1987; Esteves et al., 1992; Devrimci et al., 2000; Akay et al., 2002; Marcelli, 2005; Grassberger & Hoch, 2006).

3.3.2. Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) de Bagby, Taylor e Parker, 1992 (cit. por Parker et al., 1993) é um instrumento de auto-avaliação construído para medir a dimensão de alexitimia, sendo utilizado em diversas áreas científicas apresentando adequada validade e precisão (Bagby et al., 2006). A versão original era composta por 26 itens, cuja redução implicou a eliminação de um factor - fantasia reduzida - associado ao aspecto de desejabilidade social.

O instrumento é composto por 20 itens ($\alpha=0.86$) de auto-resposta numa escala de Likert de 1 a 5, dos quais cinco itens são cotados inversamente (itens 4, 5, 10, 18 e 19) e a pontuação varia entre 20 e 100. A partir da análise factorial foram identificados três factores na respectiva escala, nomeadamente, **factor 1** ($\alpha=0.87$) dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção (itens 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14); **factor 2** ($\alpha=0.69$) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (itens 2, 4, 11, 17); e **factor 3** ($\alpha=0.48$) estilo de pensamento orientado para o exterior (itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20). Através do cálculo do valor total da escala, obtém-se

a seguinte classificação: Claramente Alexitímico ($TAS-20 \geq 61$), Não Alexitímico ($TAS-20 \leq 51$) ou a colocação num grupo Intermédio ($51 < TAS-20 < 61$) (Taylor et al., 1997).

A adaptação da escala para a população portuguesa (Prazeres, 1996) revelou resultados semelhantes aos do instrumento original, quer nas propriedades psicométricas quer nas correlações entre os factores. Os factores 1 e 2 apresentam uma correlação forte entre si, cuja associação é compreensível uma vez que a capacidade para comunicar sentimentos (factor 2) se encontra dependente da capacidade para reconhecê-los em si mesmo (factor 1). Verifica-se também uma correlação moderada entre os factores 2 e 3, o que pode ser explicado se considerarmos o pensamento operatório (Marty & M'Uzan, 1963) como uma das componentes do conceito de alexitimia. Neste sentido, o estilo de pensamento orientado para o exterior e para o concreto (factor 3) dificulta a expressão dos sentimentos, observando-se a ausência da dimensão afectiva e da fantasia (Bagby et al., 1994). Alguns autores (Kooiman, Spinhoven & Trisjburg, 2002) propõem a possibilidade de uma junção dos factores 1 e 2, questionando a ausência da componente “fantasia” enquanto preditora do constructo de alexitimia, bem como, a validade da própria escala. Não obstante a ausência dos itens que avaliam a actividade imaginativa, os factores 2 e 3 apontam para a componente do pensamento operatório, aspecto integrado no constructo de alexitimia (Wiethaeuper et al., 2005).

Estudos recentes têm contribuído para confirmar a validade e adequação da TAS-20 na avaliação da alexitimia em diferentes populações (Cleland et al., 2005; Swift, Stephenson, & Royce, 2006; Sakkinen et al., 2007), bem como, em estudos realizados com doentes que sofrem de doenças de pele, nomeadamente, sujeitos psoriáticos (Allegranti et al., 1994; Richards et al., 2005; Picardi et al., 2007)

A TAS-20 é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a alexitimia em populações clínicas e não clínicas apresentando adequadas qualidades psicométricas, cuja validade e precisão permitem inferir a utilidade da respectiva escala em investigações futuras (Bagby et al., 1994; Joukamaa et al., 2001).

3.3.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI) de Beck et al. (1961) é um instrumento construído para avaliar a intensidade da depressão quer na população psiquiátrica quer na população normal. Este inventário é constituído por 21 itens ($\alpha=0.89$), cotados de 0 a 3 de acordo com uma ordem de intensidade crescente e cuja

pontuação varia entre 0 e 63. Os 21 itens encontram-se associados a grupos de sintomas e atitudes que abrangem aspectos como tristeza, culpabilidade, desejos suicidas, distorção da imagem corporal, distúrbios do sono, preocupações somáticas, diminuição da libido, entre outros. Através do cálculo do valor total, é possível obter a seguinte classificação: Depressão Mínima ($BDI \leq 13$); Depressão Leve ($14 < BDI < 19$); Depressão Moderada ($20 < BDI < 28$) e Depressão Grave ($BDI \geq 29$) (Beck et al., 1996). Os pontos de corte podem apresentar variações dependendo da natureza da amostra, bem como, da finalidade do estudo. De um modo geral, nos casos de diagnóstico de depressão, os pontos de corte serão inferiores permitindo a diminuição de falsos negativos (Beck, Steer & Garbin, 1988). Segundo Kendall et al. (1987), no caso de amostras não diagnosticadas, o quadro clínico de depressão deve aplicar-se para resultados acima de 20 pontos.

A análise factorial permitiu identificar a presença de factores cujo número varia entre três e sete, de acordo com o procedimento de extração factorial. No entanto, alguns estudos (Tanaka & Huba, 1984; Steer et al., 1987; Gorenstein et al., 1999) revelam a existência de três factores embora sejam caracterizados consoante o grupo de diagnóstico. Gorenstein et al. (1999) apresentam a seguinte descrição: **factor 1** ($\alpha=0.79$) baixa auto-estima (itens 3, 5, 6, 7, 8, 15); **factor 2** ($\alpha=0.79$) perturbações cognitivo-afectivas (itens 1, 2, 4, 9, 10, 11, 12, 13); e **factor 3** ($\alpha=0.66$) distúrbios somáticos (itens 16, 17, 18, 20). Não foi encontrada uma associação factorial com os restantes itens (14, 19, 21). Relativamente à análise factorial observam-se, ainda, diferenças de género na expressão da sintomatologia depressiva (Hammen & Padesky, 1977; Steer, Beck & Brown, 1989). Num dos estudos (Gorenstein & Andrade, 1996), evidencia-se a componente de baixa auto-estima nas mulheres e as perturbações cognitivo-afectivas nos homens, não obstante a presença de distúrbios somáticos em ambos os sexos.

Diversos estudos (Beck et al., 1961; Beck et al., 1988; Sanz & Vázquez, 1998; Gorenstein et al., 1999) confirmam as propriedades psicométricas do instrumento, referindo uma validade e precisão consistentes em populações psiquiátricas e não psiquiátricas, bem como, em diferentes culturas. Neste trabalho utilizámos a versão brasileira de Gorenstein e Andrade (1996) cujo questionário foi aplicado a uma amostra não-clínica de estudantes universitários, embora com algumas rectificações na formulação das frases devido às diferenças entre as línguas. Esta versão corresponde ao Inventário de Depressão (BDI) desenvolvido pelos autores, originalmente, em 1961.

CAPÍTULO 4: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentam-se, em seguida, os resultados referentes às hipóteses anteriormente formuladas.¹

4.1. Sintomatologia depressiva e alexitimia: diferenças entre indivíduos sem a doença e indivíduos psoriáticos

Na amostra normal, indivíduos sem a doença, a média de resultados obtidos através do BDI foi 6.18 (DP=5.07) o que significa que a média dos sujeitos da amostra 1 se situa na categoria de *Depressão Mínima*. Na amostra psoriática, a média dos resultados relativamente ao mesmo instrumento de avaliação foi 10.44 (DP=9.29) correspondendo à mesma categoria, embora com um resultado superior. Não obstante a disposição na mesma categoria, observa-se que os indivíduos psoriáticos apresentam uma sintomatologia depressiva significativamente superior relativamente aos sujeitos sem a doença, $t(199.635)=4.585$, $p<0.001$, $r=0.31$.

No que diz respeito à TAS-20, os sujeitos sem a doença apresentam uma média de 42.46 (DP=8.82) situando-os na categoria *Não Alexitímico*. A média dos resultados obtidos na amostra de indivíduos com psoríase foi de 55.15 (DP=15.45), o que corresponde à categoria de *Intermédio*. Verifica-se que os dois grupos diferem quanto ao grau de alexitimia, ou seja, os indivíduos psoriáticos apresentam um grau de alexitimia significativamente superior aos sujeitos sem a doença, $t(204.990)=8.136$, $p<0.001$, $r=0.49$.

Quadro 1. Médias e Desvios-Padrão no BDI e na TAS-20

Amostras	BDI		TAS-20	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Sem a doença	6.18	5.07	42.46	8.82
Com Psoríase	10.44	9.28	55.15	15.45

¹ Os pressupostos das hipóteses 1, 2, 3, 6 e 7 estão descritos no Anexo 2.

4.2. As componentes do Inventário de Beck: diferenças entre indivíduos sem a doença e indivíduos psoriáticos

Através da análise efectuada relativamente aos três factores do BDI, é possível observar a partir do Quadro 2 que os indivíduos psoriáticos apresentam diferenças significativas nas três componentes, sendo as diferenças superiores nos factores 2 (perturbações cognitivo-afectivas) e 3 (distúrbios somáticos) em comparação com os sujeitos sem a doença.

No que diz respeito ao factor 1 (baixa auto-estima), a média dos indivíduos com psoríase é de 2.60 (DP=3.18) enquanto nos sujeitos sem a doença a média apresenta um valor de 1.69 (DP=1.86). Assim, os psoriáticos manifestam um valor significativamente superior no factor 1 do BDI, $t(207.9)=2.809$, $p=0.005$, $r=0.19$.

Relativamente ao factor 2 (perturbações cognitivo-afectivas), os indivíduos com psoríase revelam uma média de 3.97 (DP=3.93) sendo significativamente superior à dos indivíduos sem a doença, cuja média é 2.24 (DP=2.41). Neste sentido, os sujeitos psoriáticos apresentam valores significativamente superiores no factor 2 do BDI, $t(213.942)=4.284$, $p<0.001$, $r=0.28$.

No factor 3 (distúrbios somáticos), os indivíduos com psoríase apresentam uma média de 2.22 (DP=1.98) e nos sujeitos sem a doença a média é de 1.37 (DP=1.40), ou seja, nos psoriáticos evidencia-se uma maior presença de distúrbios somáticos, $t(232.203)=4.019$, $p<0.001$, $r=0.25$.

Não obstante a significância estatística verificada nos três factores do BDI, as componentes de perturbações cognitivo-afectivas e distúrbios somáticos apresentam valores mais elevados nos indivíduos psoriáticos comparativamente à componente de baixa auto-estima.

Quadro 2. Médias e Desvios-Padrão nos factores do BDI

Amostras	Beck factor 1		Beck factor 2		Beck Factor 3	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Sem a doença	1.69	1.86	2.24	2.41	1.37	1.40
Com Psoríase	2.60	3.18	3.97	3.93	2.22	1.98

4.3. A componente somática do Inventário de Beck e a alexitimia

Com o objectivo de testar a hipótese 3, foi utilizado um modelo de regressão linear múltiplo que se revelou adequado, $F(3, 256)=40.505$, $p<0.001$. A partir deste modelo, é possível afirmar que 31.4% do grau de alexitimia é explicado pelos factores da regressão. As componentes do BDI, o factor 1 (Beta=0.145, $p=0.047$), o factor 2 (Beta=0.301, $p<0.001$) e o factor 3 (Beta=0.221, $p<0.001$) explicam significativamente o grau de alexitimia. Deste modo, quanto mais grave for a depressão maior será o nível alexitímico. No entanto, como é possível observar através dos valores Beta, os factores 2 (Beta=0.301) e 3 (Beta=0.221) contribuem mais para o grau de alexitimia.²

Quadro 3. Influência dos factores do BDI no grau de alexitimia

Variáveis explicativas	Valores Beta	
Factor 1	0.145*	
Factor 2	0.301**	
Factor 3	0.221**	
	R ² ajustado	0.314**
	F(3, 256)	40.505

* $p<0.05$

** $p<0.001$

4.4. A componente somática do Inventário de Beck e a alexitimia: diferenças entre indivíduos sem a doença e indivíduos psoriáticos

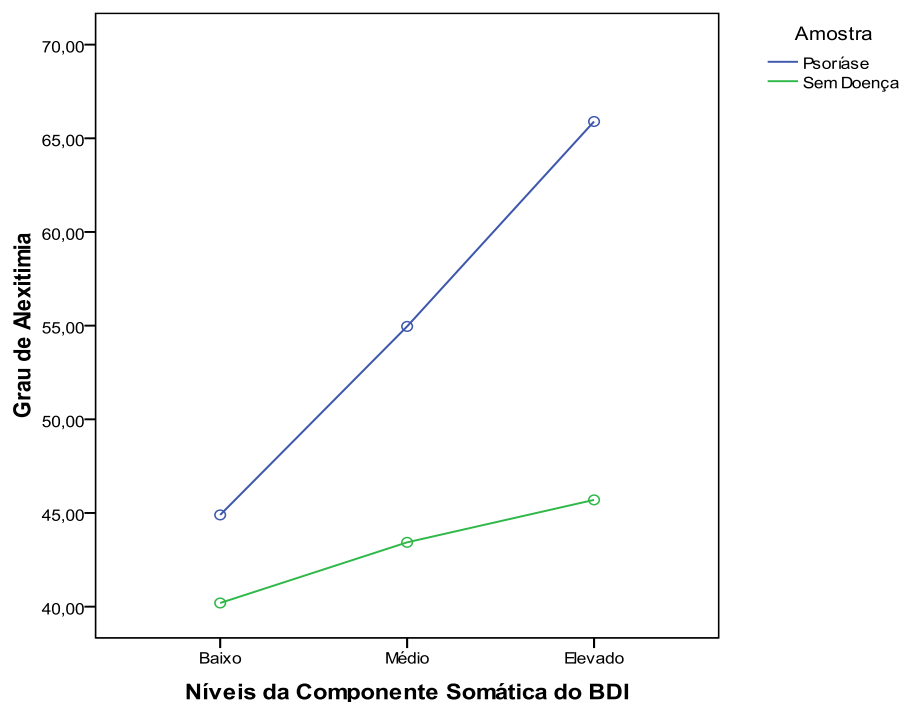
Após a criação de três níveis para a componente somática do BDI - níveis baixo, médio e elevado – procurámos verificar o efeito de interacção entre esta componente e a amostra no grau de alexitimia com o objectivo de testar a hipótese 4. A realização da análise de variância (ANOVA) revelou a existência de um efeito de interacção, $F(2, 254)=4.987$, $p=0.008$, $\eta^2=0.038$. Isto é, o efeito combinado dos factores componente somática do BDI e amostra geram diferenças no grau de alexitimia. Este modelo da ANOVA explica 32.4% ($r^2_{ajustado} = 0.324$). A partir da análise efectuada, verificou-se um efeito principal da Amostra, $F(1, 254)=45.44$, $p<0.001$, $\eta^2=0.152$. Na medida em que se obteve uma interacção realizámos contrastes para estudar as diferenças do efeito principal da Amostra. Estes contrastes mostraram que existem diferenças marginalmente significativas ($p=0.088$) no grau de alexitimia entre os sujeitos

²A verificação dos pressupostos do modelo de regressão linear múltiplo está descrita no Anexo 2.

psoriáticos (Média=44.90) e os indivíduos sem a doença (Média=40.20) no nível baixo da componente somática. Para os outros dois níveis, as diferenças são significativas ($p < 0.001$) nos dois grupos de sujeitos. No nível médio da componente somática, os psoriáticos apresentam uma média de 54.96 enquanto nos indivíduos sem a doença a média é 43.43. No que diz respeito ao nível elevado, os psoriáticos e os sujeitos sem a doença apresentam médias de 65.90 e 45.70 respectivamente. Para além deste efeito, verificou-se um outro efeito principal – efeito da componente somática do BDI – $F(2, 254) = 15.436$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.108$. Deste modo, pode concluir-se que o grau de alexitimia é diferente em, pelo menos, um dos níveis da componente em estudo. Foi possível observar que os indivíduos psoriáticos apresentam diferenças significativas ($p < 0.001$) no grau de alexitimia para os três níveis da componente somática, sendo que no nível elevado (Média=65.90) o grau de alexitimia é superior em comparação com os níveis baixo (Média=44.90) e médio (Média=54.96). Relativamente aos sujeitos sem a doença não se verificaram diferenças significativas, ou seja, a componente somática não influencia os resultados na TAS-20.

Considerando a interação entre as duas variáveis independentes, verificou-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos de sujeitos para os níveis médio Vs baixo ($p = 0.042$) e baixo Vs elevado ($p = 0.002$). Nos níveis médio Vs elevado a diferença é marginalmente significativa ($p = 0.064$).

Gráfico 1. Influência da componente somática e da amostra na alexitimia



4.5. Sintomatologia depressiva e alexitimia: diferenças nas populações masculina e feminina de indivíduos psoriáticos

Relativamente aos resultados obtidos através do BDI, as mulheres com Psoríase apresentam uma média de 12.09 (DP=10.98) enquanto nos homens psoriáticos, a média é de 8.73 (DP=6.80). Neste sentido, pode verificar-se que as mulheres manifestam maior sintomatologia depressiva do que os homens, $t(108.989)=-2.102$, $p=0.038$, $r=0.18$.

Comparando as médias de ambas as populações nos resultados da TAS-20, os homens psoriáticos apresentam uma média de 55.34 (DP=15.25) e as mulheres com Psoríase apresentam uma média de 54.97 (DP=15.75) cuja diferença, embora não seja estatisticamente significativa, revela um grau de alexitimia superior na população masculina, $t(128)=0.138$, $p=0.891$, $r=0.01$.

Quadro 4. Médias e Desvios-Padrão no BDI e na TAS-20

Sexo	BDI		TAS-20	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Feminino	12.09	10.98	54.97	15.75
Masculino	8.73	6.80	55.34	15.25

4.6. Sintomatologia depressiva e alexitimia: influência de eventos traumáticos

Na nossa amostra, 71.5% (n=93) dos indivíduos psoriáticos sofreram eventos traumáticos anteriores e/ou posteriores ao aparecimento da doença, enquanto que 28.5% (n=37) dos sujeitos não relataram a presença de conflitos de natureza traumática. A partir da análise dos resultados, é possível verificar que a presença de eventos traumáticos influencia a manifestação de sintomatologia depressiva e de características alexitímicas.

Relativamente aos resultados do BDI, os indivíduos psoriáticos que mencionaram a presença de eventos traumáticos apresentam níveis significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva (Média=11.84; DP=9.89), comparativamente aos sujeitos cujos eventos estão ausentes nos quais a média é 6.92 (DP=6.40), $t(101.201)=3.348$, $p=0.001$, $r=0.32$.

No que diz respeito aos dados obtidos na TAS-20, os indivíduos psoriáticos que sofreram eventos traumáticos apresentam uma média de 64.48 (DP=15.67) enquanto nos indivíduos sem a presença de conflitos, a média é 58.78 (DP=14.66). Neste sentido, o grupo de sujeitos que refere a presença de eventos traumáticos manifesta um maior grau de alexitimia, embora marginalmente significativo, correspondendo à categoria *Claramente Alexitímico*, sendo que o outro grupo se encontra no nível *Intermédio* da TAS-20, $t(128)=1.906$, $p=0.059$, $r=0.17$.

Quadro 5. Médias e Desvios-Padrão no BDI e na TAS-20

Eventos traumáticos	BDI		TAS-20	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Presença (n=93)	11.84	9.89	64.48	15.67
Ausência (n=37)	6.92	6.40	58.78	14.66

CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O objectivo do nosso trabalho, como referido anteriormente, era contribuir para uma melhor compreensão da Psoríase enquadrando-a na teoria psicossomática psicanalítica. Considerando as limitações inerentes ao presente estudo que serão mencionadas adiante, pretendemos discutir os resultados obtidos a partir da formulação das hipóteses colocadas. Não obstante a dificuldade na operacionalização dos conceitos psicodinâmicos devido à complexidade e amplitude das próprias conceptualizações teóricas, procurámos conciliar algumas das características abrangidas no quadro da patologia psicossomática.

5.1. Discussão das hipóteses

Verificando-se a possibilidade de comparar os resultados de indivíduos psoriáticos com um grupo de sujeitos pertencentes à população dita normal, torna-se possível distinguir ambas as amostras no que diz respeito à presença de um quadro psicopatológico específico. Assim, começamos por considerar que a primeira hipótese foi confirmada, ou seja, os indivíduos com psoríase apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e um maior grau de alexitimia relativamente aos sujeitos sem a doença. Embora a depressão e a alexitimia não sejam características exclusivas da patologia psicossomática, ambas se encontram englobadas na conceptualização desta patologia e estão presentes a um nível estatisticamente superior nos indivíduos psoriáticos. Apesar de ambas as amostras terem sido integradas na mesma categoria do BDI – Depressão Mínima – as diferenças revelam-se significativas caracterizando os psoriáticos como indivíduos mais deprimidos. Esta categorização semelhante pode estar relacionada com a dificuldade em medir e avaliar o quadro depressivo descrito na patologia psicossomática – depressão essencial (Marty, 1985) – associada à fragilidade egóica e à ausência de elaboração mental, não correspondendo ao quadro clínico de depressão e, conseqüentemente, não sendo evidenciado por uma sintomatologia depressiva grave de acordo com a escala de Beck. Por outro lado, os resultados baixos dos sujeitos psoriáticos, ainda que superiores aos dos indivíduos sem a doença, podem sugerir o efeito de desajustabilidade social que poderá estar associado à personalidade conformista do psicossomático (McDougall, 1989), caracterizada por uma adaptação forçada à realidade onde não há espaço para a subjectividade. Neste sentido, os

indivíduos respondem de acordo ao que é esperado uma vez que, a dificuldade do sujeito psicossomático em reconhecer os seus sentimentos não o impede de saber o que é suposto sentir.

Relativamente à alexitimia, os resultados colocam ambas as populações em categorias distintas onde os indivíduos sem a doença são considerados não alexitímicos. A disposição dos psoriáticos no grupo Intermédio pode sugerir que estes indivíduos, provavelmente alexitímicos, manifestam uma tendência para obter pontuações medianas na escala como mencionado por Taylor et al. (1997) aquando da construção das três categorias da TAS-20. Podemos afirmar que os indivíduos psoriáticos são mais deprimidos e mais alexitímicos cujas características apontam, ainda que modestamente, para a caracterização da Psoríase enquanto perturbação psicossomática tal como descrita na teoria psicossomática psicanalítica.

A partir do quadro teórico psicanalítico da psicossomática, bem como, da prática clínica com estes pacientes manifestam-se evidentes as perturbações ao nível da relação dual que, precocemente, influencia a organização do aparelho mental. A falha na diferenciação *eu-outro* tem consequências quer a nível físico quer psíquico, originando uma falta de continuidade entre corpo e mente. A estrutura mental do indivíduo, pouco coesa e desorganizada, revela dificuldade na elaboração dos afectos provocando o adoecer do corpo que exprime uma dor não pensada.

A análise pormenorizada do Inventário de Beck, permite-nos observar a influência dos três factores na expressão da sintomatologia depressiva. Através da hipótese 2, parcialmente corroborada, verifica-se que os sujeitos psoriáticos manifestam perturbações cognitivo-afectivas e somáticas, para além de uma maior baixa auto-estima, num nível superior aos indivíduos sem a doença. Estes resultados expressam a desorganização do mundo relacional e afectivo do doente psoriático, bem como, evidenciam a sua fragilidade somática. Podemos associar a dificuldade na expressão e no reconhecimento das emoções presente nos doentes psoriáticos, confirmada pela primeira hipótese, com as perturbações cognitivo-afectivas encontradas permitindo-nos confirmar a existência de uma falha ao nível dos afectos. A pontuação elevada na componente dos distúrbios somáticos, por um lado, é inerente à própria doença que é expressa no corpo de forma intensa e, na maioria das vezes, bastante visível. Por outro lado, pode reflectir uma tendência para a somatização, ou seja, a expressão do sofrimento através do soma. É interessante referir que um dos itens do BDI relativos ao

factor dos distúrbios somáticos (item 16) está relacionado com perturbações do sono, cujas dificuldades observadas nos indivíduos psoriáticos podem estar associadas à pobreza da sua vida onírica e psíquica onde não há espaço para que o sonho seja guadião do sono. Alguns estudos (Alpsoy et al., 1997; Modell et al., 2002) revelam efeitos benéficos da medicação antidepressiva em pacientes psoriáticos, podendo não estar associado ao tratamento do quadro depressivo mas aos efeitos secundários dos fármacos, nomeadamente, melhorias ao nível das funções cognitivas e sexuais, bem como, diminuição da fadiga e melhorias no sono.

Os valores elevados na componente de baixa auto-estima, embora mais baixos do que nos outros factores, não deixam de ser um resultado interessante. A auto-estima está envolvida no processo de construção da identidade do indivíduo, na formação da sua auto-imagem que, no caso do doente psicossomático, se encontra comprometida devido a uma falha narcísica básica determinada por um investimento insuficiente na relação dual (Coimbra de Matos, 1999). Por outro lado, pode ser o factor com menor significância estatística e, portanto, com uma pontuação inferior nesta população, se considerarmos a tendência normopata presente na estrutura psicossomática (McDougall, 1984/1989).

A confirmação, ainda que parcial, da segunda hipótese permitiu-nos verificar a presença de perturbações de natureza, quer psíquica ao nível da vivência dos afectos quer física através de uma tendência para a somatização, contribuindo para a caracterização de uma estrutura psicossomática nos doentes psoriáticos.

O constructo de alexitimia, como descrito na TAS-20, representa a dificuldade em identificar e descrever os sentimentos, bem como, distingui-los das sensações corporais da emoção associado a um estilo de pensamento orientado para o exterior. Esta definição, defendida também por outros autores (Marty & M'Uzan, 1963; Sifneos, 1973), evidencia a relação corpo-mente ao associar a capacidade de expressar as emoções num plano físico com a sua elaboração a nível psíquico. Assim, nos indivíduos alexitímicos observa-se uma descontinuidade entre a representação [mental] e os afectos originando, muitas vezes, a manifestação de distúrbios somáticos. Neste sentido, a hipótese 3 foi parcialmente confirmada uma vez que, embora a componente somática não seja o único factor preditor da alexitimia, ela contribui significativamente para o grau de alexitimia associado à gravidade do estado depressivo quer do doente psoriático quer do indivíduo sem a doença. Esta hipótese verifica, então, que quanto mais grave

for a depressão maior será o nível alexitímico. No entanto, as componentes cognitivo-afectiva e baixa auto-estima revelaram-se igualmente significativas, não obstante o valor mais elevado da primeira.

Relativamente à componente cognitivo-afectiva do BDI (factor 2) é possível estabelecer uma relação, pelo menos parcial, com o constructo 'alexitimia'. As perturbações de natureza afectiva são evidentes nos sujeitos alexitímicos considerando as dificuldades no reconhecimento e na expressão das emoções, logo é compreensível que um indivíduo que manifeste distúrbios aos níveis cognitivo e, principalmente, afectivo revele características alexitímicas mais marcadas. Considerando, em particular, o aspecto cognitivo desta componente podemos associá-la ao estilo de pensamento caracterizado nos indivíduos alexitímicos. Neste sentido, o pensamento orientado para o exterior, designado também por pensamento operatório (Marty, 1985), pode comprometer a capacidade de raciocínio e reflexão do sujeito afectando as suas funções cognitivas.

A componente de baixa auto-estima manifesta-se, também, preditora no grau de alexitimia, apesar de a sua influência ser inferior à dos outros factores já referidos. Este resultado pode ser compreendido se estabelecermos a relação entre o constructo 'alexitimia' e a formação de identidade do indivíduo que se encontra, em grande parte, relacionada com a função narcisante do objecto materno. Uma falha ao nível do investimento narcísico traduz-se na perda de identidade e num estado de depressão que pode dar origem a distúrbios somáticos (Luban-Plozza et al., 1992). Deste modo, é possível que um indivíduo que desenvolveu, precocemente, uma identidade debilitada manifeste uma auto-estima distorcida, ou mesmo excessivamente negativa, que se traduza numa lacuna entre mundo interno e mundo externo. Assim, a separação entre as representações [de si e do outro] e as próprias emoções – alexitimia – permite-lhe ignorar o sofrimento causado pelo trauma narcísico.

Os resultados da hipótese 3 permitiram-nos, em primeiro lugar, estabelecer uma relação entre dois dos instrumentos de medida utilizados neste estudo (BDI e TAS-20) revelando que a gravidade do quadro depressivo do indivíduo se encontra relacionado, ainda que modestamente, com um maior grau alexitímico. Em segundo lugar, contribuiu para evidenciar, e ao mesmo tempo reforçar a ideia defendida ao longo do presente trabalho, que a manifestação de distúrbios somáticos está associada à presença de características alexitímicas.

A formulação da quarta hipótese permitiu-nos explorar a influência dos distúrbios somáticos na manifestação de características alexitímicas, estabelecendo diferenças entre os dois grupos de sujeitos em estudo. Para melhor compreender a distinção que pretendíamos confirmar entre os doentes psoriáticos e os indivíduos sem a doença, atribuímos diferentes categorias à componente somática do BDI, nomeadamente, níveis baixo, médio e elevado.

Quando comparámos o grau de alexitimia nos dois grupos de sujeitos relativamente à componente somática, cuja hipótese foi confirmada, verificaram-se dois aspectos relevantes. Por um lado, observou-se que uma maior presença de distúrbios somáticos determina uma maior manifestação de características alexitímicas, independentemente da existência da doença psoriática. Por outro lado, o grau alexitímico é progressivamente superior nos doentes psoriáticos à medida que são manifestadas maiores perturbações somáticas. Ambas as situações evidenciam uma relação intrínseca entre os distúrbios somáticos e a alexitimia.

Ao olharmos para esta constatação na perspectiva psicossomática psicanalítica, podemos reflectir acerca da ligação soma-psyque, considerando que um corpo que adocece pode ser o reflexo de um *self* psíquico entorpecido. Um aparelho mental frágil, cuja clivagem entre representações e experiências afectivas compromete o reconhecimento e a expressão das próprias emoções no mundo interno do indivíduo, provoca uma descarga ao nível do soma. O corpo, visivelmente exposto ao mundo exterior, apresenta-se como meio de comunicação de ansiedades primitivas que não sendo pensadas se tornaram insuportáveis para o indivíduo. Esta perspectiva pode ser perceptível na doença psoriática na qual a pele, uma das primeiras vias de comunicação que funciona como uma linguagem pré-verbal e emocional, é atacada de uma forma visível e estigmatizante.

Relembramos que podem estar presentes traços alexitímicos na população dita normal, não obstante a manifestação bastante superior de características alexitímicas em doentes psiquiátricos, nomeadamente, em doenças de natureza psicossomática (Sifneos, cit. por Fernandes & Tomé, 2001). Para além disso, qualquer indivíduo em situações de stress pode manifestar uma tendência para a somatização. No nosso estudo, verificámos que nos sujeitos sem a doença, embora o grau de alexitimia se intensifique ligeiramente à medida que o nível da componente somática aumenta, a classificação para este grupo mantém-se, ou seja, os indivíduos encontram-se incluídos na categoria *Não Alexitímico*. Nos doentes psoriáticos, observou-se uma pequena flutuação no que diz respeito ao grau

alexitímico, na qual a categorização, associada à componente somática, abrange as categorias *Intermédio* e *Claramente Alexitímico*. Neste sentido, quanto maior é a presença de distúrbios somáticos e, provavelmente, quão mais precoces são as falhas entre *Self* corporal e *Self* psíquico, mais evidentes se tornam as dificuldades na comunicação dos afectos.

A confirmação da quarta hipótese permite-nos afirmar que a Psoríase se encontra associada à presença de distúrbios somáticos e de características alexitímicas, ou seja, a manifestação da doença psoriática envolve perturbações ao nível da expressão, física e psíquica, das vivências internas do indivíduo. Um corpo que adoece e que expressa o sofrimento que a mente não é capaz de suportar, a pele que apresenta lesões manifestando a falha no desenvolvimento da sua função contentora a nível psíquico.

Uma vez que o objectivo do presente estudo é uma melhor compreensão da doença psoriática, não obstante a relevância de obter resultados passíveis de serem comparados entre os dois grupos de sujeitos, revela-se igualmente importante explorar características específicas da população psoriática. Neste sentido, as três últimas hipóteses desta investigação dizem respeito apenas à amostra de indivíduos com psoríase, não havendo qualquer comparação com os sujeitos sem a doença.

Os resultados da quinta e sexta hipóteses foram apresentados em conjunto no Capítulo 4, uma vez que se pretendia encontrar diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e do grau alexitímico no mesmo grupo de sujeitos relativamente ao género. A elaboração destas duas hipóteses surgiu da necessidade de compreender o modo como o indivíduo psoriático vivencia internamente a sua doença, considerando as vicissitudes dos sexos masculino e feminino. Os estudos realizados com doentes psoriáticos revelam algumas divergências no que diz respeito à prevalência da psoríase em ambas as populações. Enquanto alguns autores (Gupta & Gupta, 2000; Akay et al., 2002; Levenson, 2008) afirmam que a doença psoriática afecta de igual modo homens e mulheres, outras investigações concluem que os indivíduos do sexo feminino manifestam uma maior predisposição para a doença (Gelfand et al., 2005; Neimann, Porter & Gelfand, 2006). No nosso trabalho, ambas as populações se encontram representadas equitativamente, sendo 64 indivíduos do sexo masculino e 66 do sexo feminino.

No que diz respeito às variáveis em estudo para o grupo de indivíduos psoriáticos – sintomatologia depressiva e grau de alexitimia – a hipótese 5 foi corroborada

caracterizando as mulheres psoriáticas como mais deprimidas, enquanto a hipótese 6 foi parcialmente confirmada revelando que os homens apresentam mais características alexitímicas, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Como foi referido por Hankin e Abramson (2001), as mulheres apresentam mais traços ansiosos e agressivos do que os homens, manifestando uma maior tendência para a depressão desde a adolescência. Para além disso, as mulheres atribuem uma maior importância à aparência revelando-se menos satisfeitas com a sua imagem corporal (Sampogna et al., 2006). Sendo a Psoríase uma doença de pele que afecta diferentes zonas do corpo considerada bastante estigmatizante, é compreensível o impacto que ela tem ao nível da auto-estima do indivíduo. Os níveis mais elevados de sintomatologia depressiva encontrados nas mulheres psoriáticas poderão estar relacionados, por um lado, com a predisposição para um estado depressivo desde o período da adolescência e, por outro, com a preocupação associada às mudanças corporais. As alterações ao nível do corpo podem ser vivenciadas de forma mais intensa nas mulheres que sofrem de psoríase, se considerarmos a presença de características alexitímicas como foi confirmado nas hipóteses anteriores. A dificuldade em identificar e descrever os sentimentos e distingui-los das sensações corporais das próprias emoções compromete todo o processo interno de simbolização que, de acordo com Marty (1985), prejudica a elaboração das angústias do sujeito, neste caso, o sentimento de angústia associado a uma auto-imagem distorcida provocando um estado de desorganização mental que caracteriza a depressão essencial.

Os homens com psoríase manifestam um maior grau de alexitimia quando comparados com as mulheres psoriáticas. Apesar de a diferença não ser significativa, é relevante para o nosso estudo discutir estes resultados. Ambas as populações apresentam valores respectivos à categoria *Intermédia* da TAS-20, embora nos indivíduos do sexo masculino as pontuações sejam mais elevadas. Alguns estudos (Gupta & Gupta, 1995; Bahmer, Kuhl & Bahmer, 2007) determinam que os homens psoriáticos revelam menos agressividade e tristeza, para além de lidarem melhor com situações de stress relacionadas com a própria doença. Estas características encontradas nos indivíduos psoriáticos do sexo masculino reflectem a dificuldade no reconhecimento e descrição dos seus sentimentos. A fraca capacidade para comunicar as emoções encontra-se associada a uma falha ao nível da linguagem primitiva e sensorial, característica da relação dual, evidenciando uma transformação deficitária dos elementos sensoriais em elementos pensáveis e coerentes. Para além disso, o estilo de

pensamento operatório englobado no constructo de alexitimia está presente nos indivíduos psoriáticos, nomeadamente, nos sujeitos do sexo masculino cuja característica, descrita na estrutura psicossomática, representa um funcionamento mental pragmático e desprovido de afecto. Este estilo de pensamento, determinado pela pobreza da vida fantasmática e pelas lacunas no campo simbólico, associado à dificuldade na comunicação das emoções, pode explicar a resistência destes sujeitos na expressão dos seus sentimentos, particularmente, na manifestação da agressividade. Por outro lado, podemos considerar que a agressividade não manifestada se encontra inflectida sobre o próprio ante a impossibilidade de expressar o sofrimento psíquico quer a nível afectivo quer simbólico. Neste caso, a Psoríase pode ser entendida como um movimento de *acting-in*, ou seja, um agir sobre o corpo no qual os impulsos agressivos são dirigidos para o soma produzindo uma lesão orgânica.

Relativamente à capacidade revelada pelos homens psoriáticos para lidar com situações de stress associadas à própria doença, podemos relacioná-la com o conceito de pseudonormalidade definido por McDougall (1989) que caracteriza a capacidade do indivíduo psicossomático na adaptação ao mundo exterior, não obstante a sua natureza rígida e conformista.

Considerando os resultados obtidos e discutidos a partir das hipóteses 5 e 6, é possível observar algumas diferenças no modo como os homens e as mulheres vivenciam internamente a doença psoriática. Através destes resultados, podemos inferir que a Psoríase apresenta características que a aproximam de uma perturbação psicossomática, nomeadamente, na forma como o doente expressa o seu sofrimento quer física quer psicicamente.

A última hipótese do presente estudo foi confirmada, ou seja, os indivíduos psoriáticos que sofreram eventos traumáticos apresentam maior sintomatologia depressiva e maior grau de alexitimia. Quando falamos de eventos traumáticos e de conflitos de natureza ansiógena referimo-nos, como é possível observar no Questionário Sócio-Demográfico, à ocorrência de acidentes e doenças para além da psoríase, situações de separação e/ou divórcio, morte de familiares, abortos, situação de desemprego, perda de estatuto sócio-profissional, entre outros. Considerámos a presença dos conflitos anteriormente mencionados relativamente ao aparecimento e agravamento da doença psoriática. Estes resultados revelaram-se bastante interessantes,

não só devido à percentagem (71.5%) de doentes psoriáticos que referiram a presença de eventos traumáticos mas, também, pela natureza dos conflitos mencionados.

Parte dos nossos resultados vai ao encontro de outros estudos (Gupta, Gupta & Haberman, 1987; McDougall, 1991; Luban-Plozza et al., 1992; Devrimci et al., 2000; Akay et al., 2002) que observam a influência de eventos traumáticos e conflitos de natureza ansiógena no desenvolvimento da psoríase. Verificámos, também, que os indivíduos que sofreram eventos traumáticos, anteriores e/ou posteriores ao aparecimento da doença psoriática, revelam-se mais deprimidos e apresentam uma maior dificuldade no reconhecimento e na expressão das emoções.

Podemos considerar que a vivência de um estado depressivo associado à dificuldade na comunicação dos afectos revela um funcionamento mental pouco estruturado e coeso, cujas representações internas frágeis e pouco contentoras se traduzem numa instabilidade física e emocional influenciando a capacidade de o indivíduo viver e expressar o seu sofrimento psíquico. O indivíduo é incapaz de elaborar as angústias inerentes a situações de stress ou acontecimentos traumáticos e o corpo revela-se a principal via de comunicação para o seu sofrimento. Assim, um determinado evento traumático permanece fragmentado na memória impedindo a ligação entre as representações e os afectos, cuja incapacidade de elaborar as experiências afectivas provoca uma descarga ao nível do soma. Neste sentido, o sofrimento causado pelos eventos traumáticos, incapaz de ser elaborado internamente, é agido sobre o corpo provocando lesões ao nível da pele. A influência destes eventos está presente quer no aparecimento quer no agravamento da psoríase, cuja dificuldade em lidar com os conflitos actuais remonta, possivelmente, a um trauma precoce associado a falhas na construção de um espaço de simbolização.

Um aspecto interessante diz respeito à natureza dos conflitos mencionados pelos doentes psoriáticos, para além dos apresentados no questionário, que apesar de não serem contemplados nos resultados, revelam-se pertinentes para a nossa discussão. Começámos por observar que o evento traumático anterior ao aparecimento da psoríase presente com maior frequência, entre os conflitos propostos no questionário, foi a morte de um familiar (7.7%) seguido de motivos de doença (4.6%). Nos conflitos sucedidos após o aparecimento da psoríase, a manifestação de outras doenças (10.8%), como a fibromialgia ou a depressão, é o factor mais escolhido entre os sujeitos, seguido da morte de um familiar (9.2%). A tendência dos doentes psoriáticos para manifestar outras doenças, quer sejam de natureza dermatológica ou não, foi referida em alguns estudos

(Henseler & Christophers, 1995; Neimann, Porter & Gelfand, 2006). Embora este aspecto possa ser determinado, em parte, pela fragilidade imunológica destes indivíduos, por outro lado, pode sugerir uma predisposição para agir o sofrimento através do corpo. A morte de um familiar encontra-se relacionada com o processo de luto, cuja elaboração da perda exige uma capacidade de representação e organização internas em constante contacto com os afectos. Nos doentes psoriáticos, a vivência depressiva e a dificuldade na identificação e expressão das emoções, perturbam o processo de luto cujas angústias não elaboradas podem conduzir ao adoecer do corpo.

Alguns dos eventos traumáticos referidos, especificamente, pelos doentes psoriáticos despertaram a nossa atenção, nomeadamente, conflitos familiares inclusive durante a infância, episódios de stress profissional e pessoal, em particular, situações como a experiência de parto que é mencionada por vários indivíduos do sexo feminino. A influência de conflitos durante a infância na manifestação da doença psoriática, permite-nos observar a importância deste período do desenvolvimento na vida adulta do indivíduo. Como foi referido ao longo do presente trabalho, é desde o nascimento e durante a infância que a criança, através do contacto inicial com a figura materna, estabelece a relação com os mundos interior e exterior construindo a sua identidade corporal e psíquica. Tanto as capacidades desenvolvidas como as falhas vivenciadas durante esta fase são determinantes para o funcionamento mental do indivíduo, caracterizando uma estrutura psíquica saudável ou doente. No nosso estudo, os conflitos ao longo da infância encontram-se associados à manifestação da doença psoriática e, não obstante os poucos sujeitos que referem esta situação, revela-se um aspecto que poderá ser considerado em futuras investigações. A experiência de parto é outro dos conflitos mencionados pelas mulheres psoriáticas, o que é bastante interessante se considerarmos que é durante a gravidez e, posteriormente, após o nascimento do bebé que a mãe começa a perceber a construção de um mundo a dois, acontecimento que desencadeia dúvidas e angústias inerentes à capacidade de *rêverie* materna.

Outra das questões que nos interessou para a discussão deste trabalho, que embora não seja contemplada nas hipóteses apresentadas pode ser relacionada com a hipótese 7, diz respeito a uma das perguntas do Questionário Sócio-Demográfico – *Na sua opinião, há factores de natureza psicológica associados ao aparecimento da Psoríase? Se sim, qual(ais)?*. Verificámos que a maioria dos doentes psoriáticos (74.6%) responde afirmativamente à questão acima referida e, entre estes sujeitos, observa-se uma prevalência do sexo feminino (53%). Os factores maioritariamente mencionados são o

stress e a ansiedade (50%) e, em seguida, a depressão (6.2%). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos (Griffiths & Richards, 2001; Silva & Muller, 2007; Kiliç et al., 2008) que confirmaram a influência de situações de stress, quer físico quer emocional, no aparecimento e agravamento da psoríase. Ao considerarmos que as situações desencadeadoras de stress e ansiedade são comuns no quotidiano do indivíduo, isto significa que os doentes psoriáticos manifestam uma maior dificuldade em lidar com conflitos de natureza ansiógena atribuindo-lhes um papel fundamental na manifestação da sua doença. Provavelmente, estes indivíduos vivem o sofrimento através da pele, incapazes de elaborar mentalmente os sentimentos ligados às experiências, neste caso, as angústias despoletadas por episódios de stress e ansiedade.

Para além disso, estes resultados revelam que as mulheres atribuem maior significado do que os homens às mudanças psicológicas que podem estar envolvidas no desenvolvimento da doença, manifestando uma maior tendência para a depressão. Esta situação pode ser relacionada com os resultados obtidos na hipótese 5, na qual é confirmado que as mulheres psoriáticas são mais deprimidas do que os indivíduos do sexo masculino com a mesma doença.

A confirmação e, conseqüente discussão da sétima hipótese, permitiu-nos compreender melhor a relação entre a presença de eventos traumáticos e a manifestação de características depressivas e alexitímicas nos doentes psoriáticos. Podemos afirmar que o aparecimento e agravamento da Psoríase se encontram relacionados, não só com o estado depressivo e com a dificuldade na comunicação dos afectos mas, também, com a presença de conflitos traumáticos cujo sofrimento ao não ser pensado e transformado internamente desencadeia lesões ao nível da pele.

5.2. Limitações do estudo

Como qualquer outro trabalho de investigação, o nosso estudo apresenta as suas limitações. Começamos por referir que, embora a dimensão da amostra seja adequada, apresenta disparidades entre grupos de sujeitos no que diz respeito à faixa etária e ao sexo dos participantes. Nos indivíduos sem a doença, a média de idades é relativamente mais baixa quando comparada com a dos doentes psoriáticos, para além das diferenças entre as idades mínimas e máximas. O grau de alexitimia e a sintomatologia depressiva associada a queixas somáticas revelam uma tendência para aumentar com a idade (Christensen et al., 1999; Mattila et al., 2006), o que poderá ter influenciado os

resultados obtidos na população de doentes psoriáticos, na medida em que representam uma faixa etária mais envelhecida. Relativamente ao género, o grupo de doentes psoriáticos apresenta uma distribuição equitativa enquanto a amostra de sujeitos sem a doença é constituída, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino. Considerando que as mulheres manifestam uma maior predisposição para a depressão (Hankin & Abramson, 2001), as pontuações obtidas para os indivíduos sem a doença, principalmente, na escala de Beck poderiam ter influenciado os resultados. No entanto, as diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre homens e mulheres são mais significativas durante a meia-idade (Bebbington et al., 2003) e a faixa etária desta amostra é bastante jovem.

Outra das limitações está relacionada com a dificuldade em operacionalizar os conceitos psicanalíticos, cuja mensuração se torna redutora devido à complexidade desses mesmos conceitos. Muitas vezes, os instrumentos não permitem avaliar com exactidão aquilo que é pretendido o que pode afectar, conseqüentemente, os resultados do estudo. No presente trabalho, utilizámos o Inventário de Depressão de Beck uma vez que é um dos melhores instrumentos para avaliar a depressão apresentando propriedades psicométricas consistentes (Gorenstein et al., 1999). A teoria psicanalítica refere que a depressão característica do indivíduo psicossomático traduz-se numa desorganização psíquica precoce anterior à capacidade de elaboração mental, caracterizada pela fragilidade egóica e pela falta de vitalidade. Sendo uma depressão falhada, não reconhecida internamente pelo sujeito, pode não ser manifestada através de uma sintomatologia depressiva elevada. Isto pode explicar as pontuações aproximadas no BDI entre os doentes psoriáticos e os indivíduos sem a doença cujas diferenças, embora significativas, os colocam na mesma categoria (*Depressão Mínima*). Deste modo, seria extremamente útil desenvolver um instrumento capaz de avaliar os aspectos específicos que caracterizam a organização depressiva de uma estrutura psicossomática.

A Psoríase é uma doença dermatológica crónica cuja extensão e intensidade das lesões é variável. No presente trabalho, não foi ponderado quer o tipo de psoríase quer a sua gravidade o que poderá ser um aspecto criticável. Inicialmente, pretendíamos utilizar um dos instrumentos que permite avaliar a gravidade das lesões - PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) - no entanto, a aplicação deste inventário é efectuada apenas por médicos e enfermeiros. Aquando da primeira tentativa de recolha da amostra

no Serviço de Dermatologia do Hospital de Santa Maria, esta situação poderia ser contornada na medida em que estava sempre presente um médico e/ou enfermeiro. Contudo, após as dificuldades encontradas no local optámos por realizar a recolha da amostra através de questionários online, impossibilitando o acesso ao inventário referido anteriormente. Reconhecemos que estes aspectos devem ser considerados em futuras investigações, podendo proporcionar resultados interessantes no que diz respeito à relação entre a gravidade da doença psoriática e a manifestação de sintomatologia depressiva e características alexitímicas.

A construção de qualquer questionário encontra-se susceptível a erros, principalmente, à inexperiência do investigador, bem como, à subjectividade inerente a determinados assuntos. No que diz respeito ao Questionário Sócio-Demográfico, podemos comentar a elaboração de algumas questões. A formulação da primeira pergunta e, conseqüentemente, da segunda revela-se como uma das limitações deste questionário, uma vez que não permitiu explorar a relação entre a duração da psoríase e as características estudadas na presente investigação, nomeadamente, o nível de sintomatologia depressiva e o grau de alexitimia. Esta situação foi verificada tardiamente, impossibilitando a recolha de uma nova amostra devido ao pouco tempo disponível. Assim, esta questão poderia ter sido colocada em forma de resposta aberta ou, então, apresentar mais possibilidades de resposta. As questões cinco e seis podem estar sujeitas a críticas. Por um lado, devido à natureza dos conflitos escolhidos, entre tantos outros que poderiam ter sido apresentados, embora o último item permita ao participante responder livremente. Por outro lado, a questão relativa ao período de tempo durante o qual ocorreram os conflitos assinalados pode suscitar alguma dificuldade na resposta, principalmente, no caso de indivíduos que sofram da doença há muitos anos e cuja memória dos acontecimentos é bastante remota.

Outras hipóteses poderiam ter sido formuladas considerando a quantidade de informação disponível a partir dos instrumentos utilizados. No entanto, não pretendíamos tornar o presente trabalho demasiado extenso, optando por focar alguns aspectos específicos associados à doença psoriática e reconhecendo a possibilidade de realizar futuros estudos que permitam abordar outras questões igualmente relevantes. Não obstante as limitações, consideramos que os resultados foram bastante interessantes e revelam a necessidade de novas investigações no âmbito da Psoríase.

5.3. Futuras investigações

Inicialmente, um dos objectivos do nosso trabalho era estudar a relação entre a duração da psoríase e a presença de sintomatologia depressiva e características alexitímicas. Contudo, como já foi referido anteriormente, esta hipótese deixou de ser viável devido à distribuição desequilibrada da amostra nas possibilidades de resposta apresentadas. Não obstante esta limitação, sugerimos que se conduzam estudos que avaliem esta relação considerando que a Psoríase é uma doença crónica com a qual o doente tem que aprender a viver. Enquanto alguns estudos (Salminen et al., 1994; Richards et al., 2005) caracterizam a alexitimia como um traço da personalidade independentemente da observação de melhorias na doença, outros (Hendryx, Haviland & Shaw, 1991; Marchesi et al., 2008) descrevem a alexitimia como uma reacção à própria doença e a situações de stress e ansiedade, fenómeno independente ao desenvolvimento de episódios depressivos. Seria, igualmente, interessante perceber a influência quer da duração quer da gravidade da doença na manifestação de sintomatologia depressiva.

Outra hipótese que ponderámos elaborar, aquando do início do presente estudo, estava relacionada com a contribuição da psicoterapia na melhoria da doença psoriática. No entanto, não foi possível estudar esta relação uma vez que apenas um sujeito referiu a psicoterapia como um dos tratamentos disponíveis, impossibilitando qualquer análise estatística. Consideramos que o processo psicoterapêutico poderá ter benefícios para o doente, principalmente, ao nível da capacidade simbólica e do reconhecimento dos afectos cujas dificuldades estão presentes no indivíduo com psoríase. Neste sentido, revela-se extremamente importante proporcionar aos doentes psoriáticos, acompanhamento psicológico, nomeadamente, através de psicoterapias psicodinâmicas destinadas a esta população específica. No âmbito da doença crónica, bem como, das perturbações psicossomáticas, alguns psicoterapeutas e psicanalistas (Smadja, 2000; Coimbra de Matos, 2006; Shapiro, 2006) desenvolveram um trabalho interessante que poderá ser útil para ajudar estes doentes.

Embora alguns investigadores (Trebath et al., 1997; Mallon, Newson & Bunker, 1999; Brophy et al., 2003) atribuam uma componente genética ao desenvolvimento da Psoríase, a sua etiopatogenia permanece desconhecida e continuam a ser conduzidos estudos necessários para uma melhor compreensão da mesma. De acordo com a

perspectiva psicossomática psicanalítica, podemos advertir para o carácter transgeracional da doença psoriática hipotetizando a repetição de um padrão relacional ao longo das gerações. Ou seja, a vivência de relações nas quais o indivíduo não foi investido como um ser único e diferente compromete a formação do próprio *self* e a elaboração do aparelho mental. Este estilo relacional contribui para uma desvinculação entre as experiências e os afectos, originando uma ruptura entre *Self* psíquico e *Self* corporal que resulta no escoar do sofrimento através do corpo. Neste sentido, seria relevante avaliar a qualidade das relações do doente psoriático, particularmente, a relação de díade e estabelecer a ligação entre as experiências precoces e a tendência para desenvolver distúrbios somáticos.

5.4. Conclusão

Ao longo do presente estudo, procurámos entender a Psoríase enquanto perturbação psicossomática a partir do referencial da teoria psicossomática psicanalítica e dos resultados encontrados. Podemos concluir que os doentes psoriáticos manifestam a presença de sintomatologia depressiva e de características alexitímicas, evidenciando-se algumas diferenças entre homens e mulheres que sofrem desta doença. Os doentes psoriáticos manifestam, também, maiores perturbações cognitivo-afectivas, bem como, uma maior presença de distúrbios somáticos. Para além disso, a presença de eventos traumáticos mencionados pelos doentes psoriáticos encontra-se associada à intensificação do estado depressivo, bem como, a uma maior dificuldade no reconhecimento e na expressão dos afectos.

A Psoríase é uma doença complexa que necessita do contributo de futuras investigações que permitam uma compreensão unificada e coerente, como julgamos ser possível considerando a teoria psicossomática psicanalítica. Apesar do carácter exploratório deste trabalho susceptível às limitações anteriormente mencionadas, pensamos que esta investigação contribui para uma melhor compreensão da Psoríase. Não obstante a relevância destes ou de futuros resultados para a comunidade médica e científica, é extremamente importante ter em consideração a pessoa que sofre independentemente da etiopatogenia da perturbação. Deste modo, é essencial investir na articulação entre médicos e psicólogos de forma a proporcionar o bem-estar físico e psíquico do doente.

BIBLIOGRAFIA

- Akay, A., Pekcanlar, A., Bozdog, K. E., Altintas, L., & Karamant, A. (2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 16, 347-352.
- Alexander, F. (1963). *La médecine psychosomatique: Ses principes et ses applications*. (S. Horinson e E. Stern, Trads.). Paris: Payot. (Obra original publicada em 1950)
- Allegranti, I., Gon, T., Magaton-Rizzi, G., & Aguglia, E. (1994). Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Dermato-Venereologica (suppl.)*, 186, 146-147.
- Alpsoy, E., et al. (1997). Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? *Journal of the American Academy of Dermatology*, 38, 197-200.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: revisão de texto* (4ª ed.) (J. N. de Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000)
- American Psychoanalytic Association et al. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, Maryland: Author.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau* (2^{ème} ed.). Paris: Dunod. (Obra original publicada em 1985)
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G., Parker, J. D. A., & Dickens, S. E. (2006). The Development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item Selection, Factor Structure, Reliability and Concurrent Validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 25-39.

- Bahmer, J. A., Kuhl, J., & Bahmer, F. A. (2007). How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Dermato-Venereologica*, 87, 317-324.
- Barata, J. (1988). Espaço de ilusão, ilusão e somatização. In *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática*, (pp. 288-308). Lisboa: Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria.
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. C. (1996). Alexitimia, saúde e doença: Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crónica. *Análise Psicológica*, 2/3, 305-312.
- Bebbington, P. et al. (2003). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: Report from the national survey of psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15, 1-2.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories – IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bion, W. (1988a). A theory of thinking. In E. B. Spillius (Ed.). *Melanie Klein today: Developments in theory and practice. Volume I: Mainly theory* (pp. 178-186). Londres: Routledge. (Obra original publicada em 1961)
- Bion, W. (1988b). Attacks on linking. In E. B. Spillius (Ed.). *Melanie Klein today: Developments in theory and practice. Volume I: Mainly theory* (pp. 87-101). Londres: Routledge. (Obra original publicada em 1959)
- Bion, W. (1992). *Cogitations*. London: Karnac Books.

- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Capitão, C. G., & Carvalho, E. B. (2006). Psicossomática: Duas abordagens do mesmo problema. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7, 21-29.
- Castro, M. G., Andrade, T. R., & Muller, M. C. (2006). Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, 11, 39-43.
- Christensen, H. et al. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: A structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, 29, 325-339.
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance abusers. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 299-306.
- Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85, 227-234.
- Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, N., Kumbasar, H., & Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14, 267-271.
- Dias, H. Z. (2007). *Pele e psiquismo, psicossomática e relações objectais: características relacionais de pacientes portadores de dermatoses*. Dissertação de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Dunbar, F. (1945). Public health aspects of psychosomatic problems. *American Journal of Public Health*, 35, 117-122.
- Engel, G. L., & Schmale, A. H. (1968). A life-setting conducive illness: The giving-up, given-up complex. *Annals of International Medicine*, 69, 293-300.
- Esteves, J. A., Baptista, A. P., Rodrigo, F. G., & Gomes, M. A. M. (1992). *Dermatologia* (2nd ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Ferenczi, S. (1926). *Las neurosis orgánicas y su tratamiento* (s/ Trad.). Disponível em <http://www.indepsi.cl/ferenczi/fichasferenc/fichas-tomoIII.htm#207>. Acedido em 28/04/2010.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 97-115.
- Ferraz, F. C. (1997). Das neuroses actuais à psicossomática. In F. C. Ferraz & R. M. Volich (Eds), *Psicossoma I: Psicanálise e Psicossomática* (vol. 1, pp. 25-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome – Pensar o sofrimento*. Porto: Edições Afrontamento.
- Freud, S. (1953). The clinical picture. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 7 (pp. 15-63). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1905)
- Freud, S. (1955a). Unconscious ideas and ideas inadmissible to consciousness - Splitting of the mind. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 2 (pp. 222-239). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1894)
- Freud, S. (1955b). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 18 (pp. 7-64). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1920)
- Freud, S. (1957a). On narcissism: an introduction. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 14 (pp. 73-102). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1914)
- Freud, S. (1957b). Assessment of the unconscious. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 14 (pp. 196-204). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1914)

- Freud, S. (1962). Abstracts of the scientific writings of Dr. Sigm. Freud. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 3 (pp. 225-256). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1897).
- Freud, S. (1964). The theory of the instincts. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 23 (pp. 148-151). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1940)
- Freud, S. (1966a). Hysteria. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 1 (pp. 41-59). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1888)
- Freud, S. (1966b). Draft B. The aetiology of the neuroses. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 1 (pp. 179-184). Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1893)
- Freyberger, H. (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-345.
- Fried, R. G., Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2005). Depression and skin disease. *Dermatologic Clinics*, 23, 657-664.
- García-Esteve, L., Núñez, P., & Valdes, M. (1988). Alexitimia: análisis clínico y psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico. *Psicopatología*, 8, 55-60.
- Gelfand, J. M. et al. (2005). Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: A population-based study. *Archives of Dermatology*, 141, 1537-1541.
- Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. (E. Pestana, Trad.). Lisboa: Climpesi Editores (Obra original publicada em 2001)
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the Stait-Trait Anxiety Inventory in brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29, 453-457.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Filho, A. H. G., Tung, T. C., & Artes, R. (1999). Psychometric properties of the portuguese version of the Beck Depression

- Inventory on brazilian college students. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 553-562.
- Grassberger, M., & Hoch, W. (2006). Ichthyotherapy as alternative treatment for patients with psoriasis: A pilot study. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 3, 483-488.
- Griffiths, C. E. M., & Richards, H. L. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26, 338-342.
- Grinberg, L. (1963). *Culpa y depresión : Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Grinberg, L. (2000). Angústia, Depressão e Culpa. In *Culpa e Depressão*, 75-87. Climpesi Editores.
- Guimarães, R. A., & Cabral, J. A. S. (1997). *Estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Haberman, H. F. (1987). Psoriasis and Psychiatry: An update. *General Hospital Psychiatry*, 9, 157-166.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1995). Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology*, 34, 700-703.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2000). Quality of life of psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14, 241-242.
- Gupta, M. A. (2005). Psychocutaneous Disease. *Dermatologic Clinics*, 23, xiii-xiv.
- Hammen, C. L., & Padesky, C. A. (1977). Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 609-614.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.

- Henry, J. D., Phillips, L. H., Crawford, J. R., Theodorou, G., & Summers, F. (2006). Cognitive and psychosocial correlates of alexithymia following traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, *44*, 62-72.
- Henseler, T., & Christophers, E. (1995). Disease concomitance in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *32*, 982-986.
- Houzel, D. (1996). The family envelope and what happens when it is torn. *The International Journal of Psychoanalysis*, *77*, 901-912.
- Jaeger, p. (1998). Pensée opératoire et «dissociation psyché-soma» selon Winnicott. *Revue Française de Psychanalyse*, *62*, 1583-1590.
- Joukamaa, M. et al. (2001). Psychometric properties of the finish 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, *55*, 123-127.
- Kaswin-Bonnefond, D. (2004). “La vie opératoire. Études psychanalytiques” de Claude Smadja. *Revue Française de Psychanalyse*, *68*, 1327-1336.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. I., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy Research*, *11*, 89-299.
- Kiliç, A., Guleç, M. Y., Gul, U., & Guleç, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *22*, 537-542.
- Klein, M. (1952). *Development in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1964). *Fontes do Inconsciente*. (O. A. Velho, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada em 1957)
- Kohut, H. (1986). *The restoration of the self*. Madison, Connecticut: International Universities Press. (Obra original publicada em 1977)
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *33*, 17-31.

- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 133-143.
- Lang, R. S. (2003). Nos limites do eu e do não-eu e a constituição da pele psíquica do bebê: A dermatite do bebê. *Psicanalítica*, *4*, 79-91.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, *43*, 531-543.
- Levenson, J. L. (2008). Psychiatric issues in dermatology, part 1: Atopic dermatitis and psoriasis. *Primary Psychiatry*, *15*, 35-38.
- Lolas, F., & Von Rad, M. (1989). Alexithymia. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theorie, physiology and practice* (vol. 1, pp. 189-241). Madison: International Universities Press.
- Luban-Plozza, B., Poldinger, W., & Kroger, F. (1992). *Psychosomatic disorders in general practice* (3rd ed.) (G. Blythe, Trad.). Basel: Roche Editiones. (Obra original publicada em 1977)
- Ludwig, M. W. B. et al. (2008). Psicodermatologia e as intervenções do psicólogo da saúde. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, *16*, 37-42.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. (H. M. de Souza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1979).
- Mallon, E., Newson, R., & Bunker, C. B. (1999). HLA-Cw6 and the genetic predisposition to psoriasis: A meta-analysis of published serologic studies. *Journal of Investigative Dermatology*, *113*, 693-695.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. (F. Fonseca e R. Rocha, Trads.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1982)
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, *49*, 43-49.

- Marchesi, C., Bertoni, S., Cantoni, A., & Maggini, C. (2008). Is alexithymia a personality trait increasing risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychological Medicine*, 38, 1717-1722.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1963). La «pensée opératoire». *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Marty, P., M'Uzan, M., & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique: Sept observations cliniques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Marty, P. (1968). La dépression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 32, 595-599.
- Marty, P. (1985). *L'ordre psychosomatique: Les mouvements individuels de vie et de mort, désorganisations et régressions*. Paris: Payot.
- Marty, P., & Loriód, J. (1985). Funcionamento mental e funcionamento somático (L. Y. Massuh, Trad.). In J. McDougall, G. Gachelin, P. Aulagnier, P. Marty, J. Loriód, & J. Cain (Eds.), *Corpo e história* (pp. 151-211). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Laboratoire Delagrangé.
- Matos, A. Coimbra (1986). *Artigos Publicados nas Revistas: Jornal do Médico, O Médico : 1984 a 1986*. Porto: Costa Carregal.
- Matos, A. Coimbra (1999). Ser único e ter rosto: O binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 11-21.
- Matos, A. Coimbra (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. Coimbra (2006). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. Coimbra (2007). *A Depressão* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M. (1999). Hipocondria: A intuição necessária. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 79-88.

- Matos, M. (2005). *Adolescência. Representação e psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 629-635.
- McDougall, J. (1984). The “dis-affected” patient: Reflections on affect pathology. *The Psychoanalytic Quarterly, 53*, 386-409.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York/London: W. W. Norton & Company.
- McDougall, J. (1991). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Brunner/Mazel Publishers. (Obra original publicada em 1982)
- McKenna, M. R. C. P., & Stern, R. (1997). The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *Journal of the American Academy of Dermatology, 36*, 388-394.
- Modell, J. G., Boyce, S., Taylor, E., & Katholi, C. (2002). Treatment of atopic dermatitis and psoriasis vulgaris with bupropion-SR: A pilot study. *Psychosomatic Medicine, 64*, 835-840.
- Neimann, A. L., Porter, S. B., & Gelfand, J. M. (2006). The epidemiology of psoriasis. *Experimental Review of Dermatology, 1*, 63-75.
- Niemeier, V., Fritz, J., Kupfer, J., & Gieler, U. (1999). Aggressive verbal behavior as a function of experimentally induced anger in persons with psoriasis. *European Journal of Dermatology, 9*, 555-558.
- Ortonne, J. P. (1999). Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *British Journal of Dermatology, 140*, 1-7.
- Ortonne, J. P., Lebwohl, M., & Griffiths, C. E. M. (2003). Alefacept-induced decreases in circulation blood lymphocyte counts correlate with clinical response in patients with chronic plaque psoriasis. *European Journal of Dermatology, 13*, 117-123.

- Ozçelik, S., Polat, H. H., Akyol, M., Yalçın, A. N., Ozçelik, D., & Marufihah, M. (2000). Kangal hot spring with fish and psoriasis treatment. *The Journal of Dermatology*, 27, 386-390.
- Papadopoulos, L. (2005). Psychological therapies for dermatological problems. In C. Walker & L. Papadopoulos (Eds.), *Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders* (pp. 101-115). New York: Cambridge University Press.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise temporânea: Sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica*, 18, 165-177.
- Picardi, A. et al. (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis: Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 189-196.
- Picardi, A. et al. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 46, 556-564.
- Picardi, A. et al. (2007). Alexithymia and global psychosocial functioning: A study on patients with skin disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 223-229.
- Pines, D. (1980). Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 315-323.
- Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 109-121.

- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis: Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 89-96.
- Sakkinen, P. et al. (2007). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finnish adolescent population. *Psychosomatics*, 48, 154-161.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Aarela, E., & Tamminen, T. (1994). Alexithymia – state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 681-685.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., & Aarela, E. (1995). Two decades of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 803-807.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Aarela, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75-82.
- Sami-Ali, (1992). *Pensar o somático. Imaginário e patologia*. (M. E. Marques, Trad.). Lisboa: ISPA. (Obra original publicada em 1987)
- Sampogna, F. et al. (2006). Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 154, 325-331.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Seehan, M. (2004). The Hours: The ‘as-if’ personality and problems of loving. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 413-420.
- Shapiro, B. S. (2006). Bound together by chronic pain and trauma: A study of two mother-daughter relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 92-117.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

- Sifneos, P., Nemiah, J., & Freyberger, H. (1976). Alexithymia: A view of the Psychosomatic Process. In O. W. Hil (Ed.), *Modern trends in psychosomatic research* (vol. 3, pp. 430-439). London: Butterworth.
- Silva, J. D., & Muller, M. C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia, 24*, 247-256.
- Silva, K. S., & Silva, E. A. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos de vida. *Estudos de Psicologia, 24*, 257-266.
- Smadja, C. (1998). Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse, 62*, 1367-1440.
- Smadja, C. (2000). El proceso de diferenciación del yo. Hipótesis acerca del funcionamiento de los estados operatorios (M. Calabrese, Trad.). *Psicoanálisis APdeBA, 22*, 99-107. (Obra original publicada em 1996)
- Sptiz, R. (1973). *De la naissance à la parole: La première année de la vie* (3^{ème} ed.). (L. Flournoy, Trad.). Paris: Presses Universitaires. (Obra original publicada em 1965)
- Steer, R. A., Beck, A. T., Riskind, J. H., & Brown, G. (1987). Relationship between the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression in depressed outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9*, 327-339.
- Steer, R. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Sex differences on the revised Beck Depression Inventory for outpatients with affective disorders. *Journal of Personality Assessment, 53*, 693-702.
- Steigleder, G. K., & Maibach, H. I. (1993). *Pocket atlas of dermatology* (2nd ed.). New York: Thieme Medical Publishers. (Obra original publicada em 1981)
- Swift, L., Stephenson, R., & Royce, J. (2006). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: Validation of factor solutions using confirmatory factor analysis on psychotherapy out-patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*, 83-88.

- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1984). Confirmatory hierarchical factor analyses of psychological distress measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 621-635.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 725-732.
- Taylor, G. J. (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Revue Française de Psychanalyse*, *54*, 769-784.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trembath, R. C., Clough, R. L., Rosbotham, J. L. et al. (1997). Identification of a major susceptibility locus on chromosome 6p and evidence for further disease loci revealed by a two stage genome-wide search in psoriasis. *Human Molecular Genetics*, *6*, 813-820.
- Volich, R. M. (1998). Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In R. M. Volich, F. C. Ferraz, & M. A. Arantes (Eds.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (vol. 2, pp. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Warren, R. B., & Griffiths, C. E. M. (2008). Systemic therapies for psoriasis: methotrexate, retinoids, and cyclosporine. *Clinics in Dermatology*, *26*, 438-477.
- Wiethaeuper, D., Balbinotti, M. A. A., Pelisoli, C., & Barbosa, M. L. L. (2005). Estudos da consistência interna e fatorial confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20). *Revista Interamericana de Psicologia*, *39*, 221-230.
- Winnicott, D. W. (1966). *A Criança e o seu Mundo* (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada em 1964)
- Winnicott, D. W. (1997). *Playing and reality* (7th ed.). London: Routledge.
- Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P., & Kragballe, K. (1996). Effects of psychological intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *34*, 1008-1015.

Zachariae, R., et al. (2004). Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of nordic psoriasis sufferers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 18, 27-36.

Anexo 1

Protocolo

Este questionário está a ser aplicado no âmbito da Dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade de Lisboa.

A sua participação é muito importante para a realização do presente estudo. Agradecemos antes de mais a sua disponibilidade e participação.

O que pretendemos com este questionário é compreender melhor a Psoríase.

As respostas são anónimas e confidenciais.

É importante que preencha este questionário sozinho(a), num ambiente calmo e sem ruído. Pedimos também, por favor, que não interrompa o preenchimento do questionário. Deve ter em conta que, se fechar a página a meio do preenchimento, os itens preenchidos não ficarão guardados.

Para dar início ao questionário, clique na seta no canto inferior direito para começar.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Questionário Sócio-Demográfico

Idade: _____

Sexo: Masculino

Feminino

Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Escolaridade:

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Ensino Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Situação Profissional:

Estudante

Trabalhador

Trabalhador-estudante

Desempregado(a)

Reformado(a)

Local de residência: _____

Nacionalidade: _____

1. Há quanto tempo lhe foi diagnosticada Psoríase?

Menos de 6 meses

Entre 6 meses e um ano

Entre um e três anos

Entre três e cinco anos

Mais de cinco anos

2. Há quanto tempo recebe tratamento para a Psoríase?

Menos de 6 meses

Entre 6 meses e um ano

Entre um e três anos

Entre três e cinco anos

Mais de cinco anos

2.1. Que tipo(s) de tratamento(s) recebe? Assinale com uma cruz o(s) espaço(s) que considere mais adequado(s).

Tópicos (pomadas, cremes)

Sistémicos (via oral, injeções)

Fototerapia

Medicamentos imunobiológicos

Limpeza por peixes

Psicoterapia

Outros

Quais? _____

3. Tem observado melhorias relativamente à doença?

Sim

Não

4. Na sua opinião, há factores de natureza psicológica associados ao aparecimento da Psoríase?

Sim

Não

4.1. Se respondeu Sim. Qual(ais)?

5. Ocorreram mudanças importantes na sua vida antes do aparecimento da Psoríase?

Sim

Não

5.1. Que tipo de mudanças/conflitos? Coloque uma cruz no(s) espaço(s) que considere mais adequado(s).

Acidente

Doença

Separação/Divórcio

Morte de um familiar

Aborto

Situação de desemprego

Perda de estatuto sócio-profissional

Outros

Que doença(s)? _____

Quais? _____

5.2. Considerando as mudanças que assinalou na questão anterior, quanto tempo ocorreram antes do aparecimento da Psoríase?

Menos de uma semana

Menos de duas semanas

Menos de um mês

Entre dois e três meses

Mais de três meses

6. Ocorreram mudanças importantes na sua vida após o aparecimento da Psoríase?

Sim

Não

6.2. Que tipo de mudanças/conflitos? Coloque uma cruz no(s) espaço(s) que considere mais adequado(s).

Acidente

Doença

Separação/Divórcio

Morte de um familiar

Aborto

Situação de desemprego

Perda de estatuto sócio-profissional

Outros

Que doença(s)? _____

Quais? _____

7. Foi diagnosticada Psoríase a algum familiar?

Sim

Não

7.2. Se respondeu Sim, quem?

Mãe

Pai

Irmã(s)/Irmão(s)

Avó materna

Avô materno

Avó paterna

Avô paterno

Outros

Quem? _____

8. Recorda-se de ter alguma(s) doença(s) durante a sua infância?

Sim

Não

8.2. Que tipo de doença(s)?

Alergias

Asma

Eczema

Pelada

Outras

Quais? _____

Obrigada pela sua colaboração!

T.A.S. – 20: ESCALA DE ALEXITIMIA

Indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações, colocando uma cruz no espaço que considere mais adequado. Dê só uma resposta por afirmação.

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

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Dentro de cada grupo de afirmações, seleccione apenas uma resposta.

1.

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste.
- 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

- 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
- 3 Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação não pode melhorar.

3.

- 0 Não me sinto fracassado(a).
- 1 Sinto que falhei mais do que a maioria das pessoas.
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

- 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.
- 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.
- 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
- 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6.

- 0 Não sinto que esteja a ser castigado(a).
- 1 Sinto que posso ser castigado(a)
- 2 Sinto que mereço ser castigado(a).
- 3 Sinto que estou a ser castigado(a).

7.

- 0 Não me sinto descontente comigo mesmo(a).
- 1 Estou desiludido comigo mesmo(a).
- 2 Estou bastante desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- 3 Odeio-me.

8.

- 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 Culpo-me das minhas próprias faltas.
- 3 Culpo-me por todas as coisas más que acontecem.

9.

- 0 Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo(a).
- 1 Tenho ideias de me suicidar mas não sou capaz de concretizá-las.
- 2 Sinto que seria melhor morrer.
- 3 Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10.

- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Actualmente passo o tempo a chorar.
- 3 Costumava ser capaz de chorar mas agora não consigo, mesmo que tenha vontade.

11.

- 0 Não ando mais irritado(a) do que costumava.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

- 0 Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
- 1 Sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
- 2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

- 0 Sou capaz de tomar decisões como antes.
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

14.

- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3 Sinto-me feio(a).

15.

- 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço maior para fazer qualquer coisa.
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho.

16.

- 0 Consigo dormir tão bem como antes.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

- 0 Não me sinto mais cansado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.
- 2 Fico cansado(a) quando faço qualquer coisa.
- 3 Sinto-me demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2 Actualmente o meu apetite está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.

19.

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e sofrimentos, má disposição do estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava.

2 Actualmente, sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

©(Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

Adaptação de Clarice Gorenstein e Laura Andrade (1996)

Anexo 2

Análise estatística

Dados Sócio-demográficos

Amostra dos indivíduos psoriáticos

Q2 Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 Masculino	64	49,2	49,2	49,2
2 Feminino	66	50,8	50,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Q3 Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q3 Idade	129	15	74	43,31	13,615
Valid N (listwise)	129				

Q4 Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 Solteiro(a)	33	25,4	25,4	25,4
2 Casado(a)	85	65,4	65,4	90,8
3 Divorciado(a)	9	6,9	6,9	97,7
4 Viúvo(a)	3	2,3	2,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Q5 Escolaridade

Amostra Amostra			Statistic	Std. Error
Escolaridade	1 Psoríase	Mean	13,57	,347
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 12,88 Upper Bound 14,26	
		5% Trimmed Mean	13,72	
		Median	12,00	
		Variance	15,627	
		Std. Deviation	3,953	
		Minimum	4	
		Maximum	21	
		Range	17	
		Interquartile Range	5	
		Skewness	-,506	,212
		Kurtosis	-,428	,422

Amostra dos indivíduos sem a doença

Q2 Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 Masculino	26	20,0	20,0	20,0
2 Feminino	104	80,0	80,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Q3 Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q3 Idade	130	20	47	28,17	6,867
Valid N (listwise)	130				

Q4 Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Solteiro(a)	100	76,9	76,9	76,9
	2 Casado(a)	21	16,2	16,2	93,1
	3 Divorciado(a)	9	6,9	6,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Q5 Escolaridade

Amostra Amostra		Statistic	Std. Error	
2 Sem Doença	Mean	16,76	,212	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16,34	
		Upper Bound	17,18	
	5% Trimmed Mean	16,91		
	Median	17,00		
	Variance	5,842		
	Std. Deviation	2,417		
	Minimum	9		
	Maximum	21		
	Range	12		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	-1,238	,212	
	Kurtosis	,671	,422	

Alphas das Escalas

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,886	21

BDI – Factor 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,786	6

BDI – Factor 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,785	8

BDI – Factor 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,658	4

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,863	20

TAS-20 – Factor 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,874	7

TAS-20 – Factor 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,692	4

TAS-20 – Factor 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,482	8

Hipótese 1

1. Verificação dos pressupostos para a utilização do Teste t

1.1. Distribuição da Normalidade

A escala do BDI não apresenta distribuição normal em ambas as amostras ($p < 0.001$). A Escala do TAS-20 também não apresenta distribuição normal na amostra dos sujeitos psoriáticos ($p = 0.008$). No entanto, apresenta distribuição normal nos sujeitos sem a doença ($p = 0.149$).

Tests of Normality

Amostra Amostra	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Beck_Total 1 Psoríase	,146	130	,000	,896	130	,000
2 Sem Doença	,145	130	,000	,913	130	,000
TAS_Total 1 Psoríase	,080	130	,039	,971	130	,008
2 Sem Doença	,050	130	,200*	,985	130	,149

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

1.2. Homocedasticidade (Homogeneidade das Variâncias)

A escala do BDI e da TAS-20 apresentam diferentes variâncias nos 2 grupos, sujeitos com e sem a psoríase.

A violação do pressuposto da normalidade não tem consequências sérias quando a dimensão das amostras for razoavelmente grande (teorema do limite central). O teorema do limite central defende que em amostras grandes (superiores a 30, tal como no nosso caso) a distribuição tende a ser normal independentemente da distribuição que estas amostras tenham. Assim, mesmo que os pressupostos não sejam cumpridos, sendo uma amostra grande, diz-se que se está perante um teste robusto. Neste caso estamos perante uma amostra grande. Relativamente à homogeneidade das variâncias só é realmente importante quando as dimensões das amostras são muito diferentes, ou seja, quando a maior amostra tiver uma dimensão que seja pelo menos o dobro da menor amostra. Quando as amostras não são muito desequilibradas, o efeito da heterogeneidade da

variância é pouco significativo. Neste caso as dimensões das amostras são iguais (n=130) (ver Field, 2009).

Assim, apesar da amostra não apresentar distribuição normal e homogeneidade das variâncias, utilizaremos um teste paramétrico, o Teste t.

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Beck_Total Based on Mean	41,958	1	258	,000
Based on Median	27,288	1	258	,000
Based on Median and with adjusted df	27,288	1	200,838	,000
Based on trimmed mean	36,508	1	258	,000
TAS_Total Based on Mean	50,588	1	258	,000
Based on Median	50,514	1	258	,000
Based on Median and with adjusted df	50,514	1	221,168	,000
Based on trimmed mean	50,645	1	258	,000

1.3. Resultados do Teste t

Group Statistics

Amostra	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beck_Total Psoríase	130	10,4385	9,28532	,81438
Sem Doença	130	6,1846	5,06972	,44464
TAS_Total Psoríase	130	55,1538	15,44706	1,35480
Sem Doença	130	42,4615	8,81696	,77330

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Beck_Total	Equal variances assumed	41,958,000	4,585	258	,000	4,25385	,92786	2,42671	6,08098
	Equal variances not assumed		4,585	199,635	,000	4,25385	,92786	2,42419	6,08350
TAS_Total	Equal variances assumed	50,588,000	8,136	258	,000	12,69231	1,55996	9,62044	15,76418
	Equal variances not assumed		8,136	204,990	,000	12,69231	1,55996	9,61669	15,76793

Hipótese 2

2.1. Distribuição da Normalidade

Os factores do BDI não apresentam distribuição normal em ambas as amostras ($p < 0.001$).

Tests of Normality

Amostra Amostra	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Beck_Factor1 1 Psoríase	,259	130	,000	,792	130	,000
2 Sem Doença	,207	130	,000	,837	130	,000
Beck_Factor2 1 Psoríase	,167	130	,000	,878	130	,000
2 Sem Doença	,189	130	,000	,846	130	,000
Beck_Factor3 1 Psoríase	,176	130	,000	,889	130	,000
2 Sem Doença	,190	130	,000	,848	130	,000

a. Lilliefors Significance Correction

2.2. Homocedasticidade (Homogeneidade das Variâncias)

Os factores do BDI apresentam diferentes variâncias ($p < 0.05$) nos 2 grupos, sujeitos com e sem a psoríase.

Apesar dos pressupostos dos testes paramétricos não serem cumpridos podemos mais uma vez invocar o teorema do limite central.

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
Beck_Factor1	Based on Mean	26,382	1	258	,000
	Based on Median	10,150	1	258	,002
	Based on Median and with adjusted df	10,150	1	191,874	,002
	Based on trimmed mean	18,878	1	258	,000
Beck_Factor2	Based on Mean	31,616	1	258	,000
	Based on Median	21,448	1	258	,000
	Based on Median and with adjusted df	21,448	1	208,753	,000
	Based on trimmed mean	29,372	1	258	,000
Beck_Factor3	Based on Mean	9,084	1	258	,003
	Based on Median	7,383	1	258	,007
	Based on Median and with adjusted df	7,383	1	234,317	,007
	Based on trimmed mean	7,343	1	258	,007

2.3. Resultados do Teste t

Group Statistics

Amostra	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beck_Factor1 Psoríase	130	2,6000	3,18085	,27898
	Sem Doença	130	1,6923	1,85876
Beck_Factor2 Psoríase	130	3,9692	3,92752	,34447
	Sem Doença	130	2,2385	2,40737
Beck_Factor3 Psoríase	130	2,2231	1,97765	,17345
	Sem Doença	130	1,3692	1,39844

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Beck_Factor1	Equal variances assumed	26,382	,000	2,809	258	,005	,90769	,32312	,27140	1,54398
	Equal variances not assumed			2,809	207,900	,005	,90769	,32312	,27068	1,54470
Beck_Factor2	Equal variances assumed	31,616	,000	4,284	258	,000	1,73077	,40403	,93516	2,52638
	Equal variances not assumed			4,284	213,942	,000	1,73077	,40403	,93439	2,52715
Beck_Factor3	Equal variances assumed	9,084	,003	4,019	258	,000	,85385	,21244	,43552	1,27217
	Equal variances not assumed			4,019	232,203	,000	,85385	,21244	,43530	1,27239

Hipótese 3

3.1. Verificação dos pressupostos do modelo de regressão linear múltiplo (Modelo Completo)

3.1.1. Pressuposto da inexistência de muticolinearidade

Não ocorre a existência de multicolinearidade visto que a tolerância tem valores bastante superiores a 0,2 e o VIF tem valores bastante inferiores a 5.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	40,065	1,090		36,748	,000					
Beck_Factor1	,773	,387	,145	1,997	,047	,448	,124	,103	,502	1,991
Beck_Factor2	1,259	,332	,301	3,790	,000	,525	,230	,195	,420	2,383
Beck_Factor3	1,768	,493	,221	3,589	,000	,446	,219	,185	,696	1,437

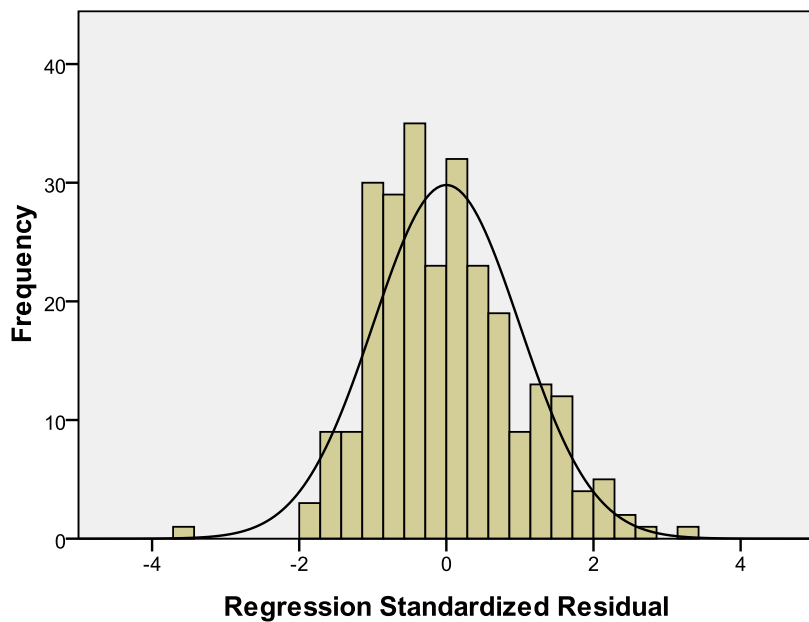
a. Dependent Variable: TAS_Total

3.1.2. Pressuposto da Normalidade dos Resíduos

A curva do histograma parece sugerir que os resíduos se distribuem normalmente. Para além disso, no gráfico da distribuição normal, os resíduos observados estão quase todos sobre a linha da distribuição normal. Este aspecto é um bom indicador da normalidade dos resíduos. Não obstante o quadro que apresenta os testes de normalidade realizados sobre os resíduos indicar que estes não têm uma distribuição normal ($p < 0,001$), a violação deste pressuposto pode não ter consequências sérias visto que a dimensão das amostras é suficientemente grande (teorema do limite central).

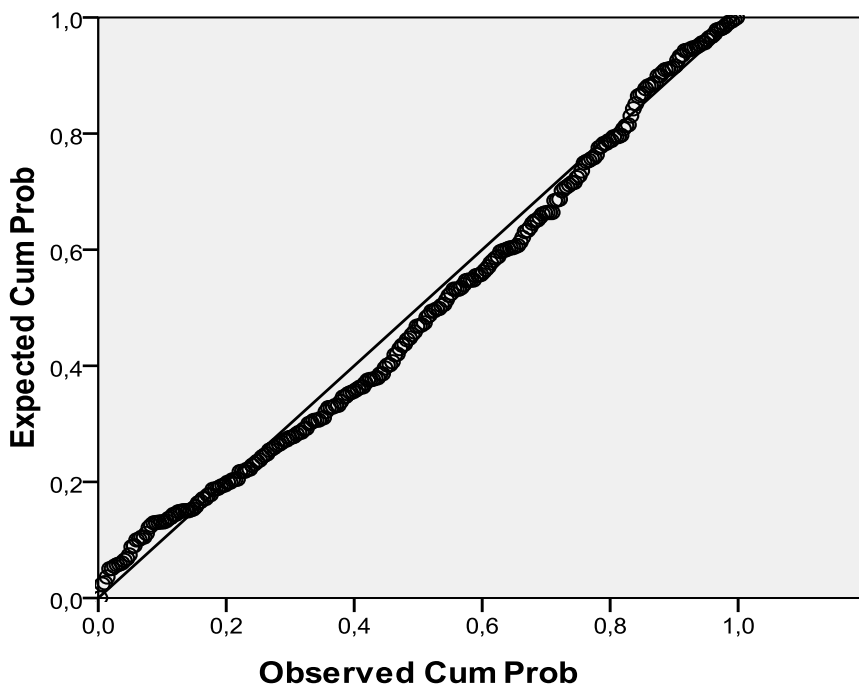
Histogram

Dependent Variable: TAS_Total



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: TAS_Total



Tests of Normality

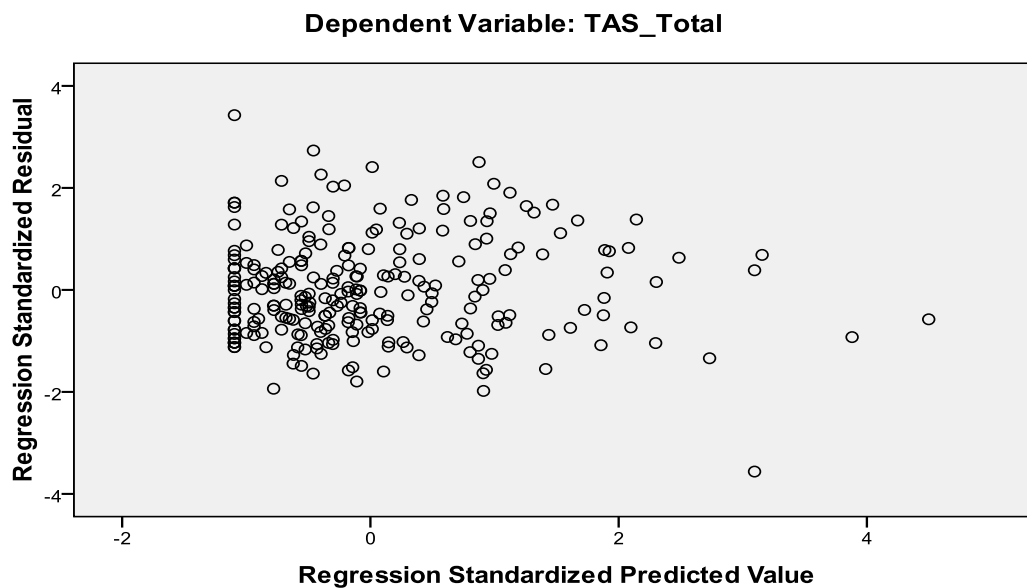
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Unstandardized Residual	,061	260	,022	,982	260	,002

a. Lilliefors Significance Correction

3.1.3. Pressuposto da Homogeneidade das Variâncias das variáveis aleatórias residuais e da linearidade

Como é possível observar no gráfico *ZRESID e *ZPRED parece existir homogeneidade das variâncias, pois, os pontos dispersam-se de forma aleatória junto ao valor zero. A linearidade é revelada na forma da distribuição dos resíduos. Assim, o facto do gráfico, em baixo, apresentar uma forma rectangular, leva-me a considerar a existência de uma distribuição linear.

Scatterplot



3.1.4. Pressuposto das variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo

Como é possível observar no quadro em baixo, este pressuposto é cumprido, visto que os valores residuais apresentam um valor médio igual a zero.

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	40,0645	84,7163	48,8077	7,98311	260
Residual	-41,51432	39,93547	,00000	11,58722	260
Std. Predicted Value	-1,095	4,498	,000	1,000	260
Std. Residual	-3,562	3,426	,000	,994	260

a. Dependent Variable: TAS_Total

3.2. Resultados da Regressão Linear Múltipla

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,567 ^a	,322	,314	11,65492	1,644

a. Predictors: (Constant), Beck_Factor3, Beck_Factor1, Beck_Factor2

b. Dependent Variable: TAS_Total

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16506,078	3	5502,026	40,505	,000 ^a
	Residual	34774,306	256	135,837		
	Total	51280,385	259			

a. Predictors: (Constant), Beck_Factor3, Beck_Factor1, Beck_Factor2

b. Dependent Variable: TAS_Total

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	40,065	1,090		36,748	,000					
Beck_Factor1	,773	,387	,145	1,997	,047	,448	,124	,103	,502	1,991
Beck_Factor2	1,259	,332	,301	3,790	,000	,525	,230	,195	,420	2,383
Beck_Factor3	1,768	,493	,221	3,589	,000	,446	,219	,185	,696	1,437

a. Dependent Variable: TAS_Total

Hipótese 4

Tests of Normality

Beck_Factor3_3Niveis	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TAS_Total 1,00 Baixo	,112	75	,021	,926	75	,000
2,00 Medio	,107	146	,000	,964	146	,001
3,00 Elevado	,127	39	,116	,940	39	,037

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Amostra Amostra	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TAS_Total 1 Psoríase	,080	130	,039	,971	130	,008
2 Sem Doença	,050	130	,200*	,985	130	,149

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

4.1. Distribuição da Normalidade

A Escala do TAS-20 não apresenta distribuição normal na amostra dos sujeitos psoriáticos ($p=0.008$), bem como, nos três níveis do factor 3 da escala do BDI ($p<0.001$).

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TAS_Total Based on Mean	,091	2	257	,913
Based on Median	,076	2	257	,927
Based on Median and with adjusted df	,076	2	253,554	,927
Based on trimmed mean	,113	2	257	,893

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TAS_Total Based on Mean	19,942	1	258	,000
Based on Median	17,733	1	258	,000
Based on Median and with adjusted df	17,733	1	234,812	,000
Based on trimmed mean	19,252	1	258	,000

4.2. Homocedasticidade (Homogeneidade das Variâncias)

A escala da TAS-20 apresenta diferentes variâncias ($p < 0.001$) na amostra dos 2 grupos, sujeitos com e sem a psoríase. No entanto, tem variâncias iguais ($p = 0.913$) nos 3 níveis do factor 3 do BDI.

Utilizámos um teste paramétrico, a ANOVA, apesar de a distribuição não ser normal. Visto que podemos invocar o teorema do limite central ($n > 30$ em todos os grupos).

4.3. Resultados da ANOVA

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:TAS_Total

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	17282,629 ^a	5	3456,526	25,824	,000	,337
Intercept	399216,458	1	399216,458	2982,579	,000	,922
Amostra	6082,612	1	6082,612	45,444	,000	,152
Beck_Factor3_3Niveis	4132,270	2	2066,135	15,436	,000	,108
Amostra * Beck_Factor3_3Niveis	1335,050	2	667,525	4,987	,008	,038
Error	33997,756	254	133,849			
Total	670650,000	260				
Corrected Total	51280,385	259				

a. R Squared = ,337 (Adjusted R Squared = ,324)

4.3.1. Verificação das diferenças entre os sujeitos psoriáticos e sem a doença consoante o nível do Factor 3 do BDI – Dados do Efeito Principal Amostra

Estimates

Dependent Variable:TAS_Total

Beck_Factor3_3Niveis	Amostra	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
1,00	Psoríase	44,897	2,148	40,666	49,127
	Sem Doença	40,196	1,706	36,836	43,555
2,00	Psoríase	54,958	1,363	52,273	57,643
	Sem Doença	43,432	1,345	40,784	46,081
3,00	Psoríase	65,897	2,148	61,666	70,127
	Sem Doença	45,700	3,659	38,495	52,905

Pairwise Comparisons

Dependent Variable:TAS_Total

Beck_Factor3_3Niveis	(I) Amostra	(J) Amostra	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a	
						Lower Bound	Upper Bound
1,00	Psoríase	Sem Doença	4,701	2,743	,088	-,701	10,103
	Sem Doença	Psoríase	-4,701	2,743	,088	-10,103	,701
2,00	Psoríase	Sem Doença	11,526*	1,915	,000	7,754	15,297
	Sem Doença	Psoríase	-11,526*	1,915	,000	-15,297	-7,754
3,00	Psoríase	Sem Doença	20,197*	4,243	,000	11,841	28,552
	Sem Doença	Psoríase	-20,197*	4,243	,000	-28,552	-11,841

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

4.3.2. Verificação das diferenças entre os 3 níveis do Factor 3 do BDI consoante terem psoríase ou não - Dados do Efeito Principal Níveis do Factor 3 do BDI

Estimates

Dependent Variable:TAS_Total

Beck_Factor3_3Niveis	Amostra	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
1,00	Psoríase	44,897	2,148	40,666	49,127
	Sem Doença	40,196	1,706	36,836	43,555
2,00	Psoríase	54,958	1,363	52,273	57,643
	Sem Doença	43,432	1,345	40,784	46,081
3,00	Psoríase	65,897	2,148	61,666	70,127
	Sem Doença	45,700	3,659	38,495	52,905

Pairwise Comparisons

Dependent Variable:TAS_Total

Amostr a	(I) Beck_Factor3_3Nive is	(J) Beck_Factor3_3Nive is	Mean Differenc e (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a	
						Lower Bound	Upper Bound
Psoríase	Baixo	Médio	-10,062 [*]	2,545	,000	-15,073	-5,051
		Elevado	-21,000 [*]	3,038	,000	-26,983	-15,017
	Médio	Baixo	10,062 [*]	2,545	,000	5,051	15,073
		Elevado	-10,938 [*]	2,545	,000	-15,949	-5,927
	Elevado	Baixo	21,000 [*]	3,038	,000	15,017	26,983
		Médio	10,938 [*]	2,545	,000	5,927	15,949
Sem Doença	Baixo	Médio	-3,237	2,172	,137	-7,515	1,041
		Elevado	-5,504	4,037	,174	-13,454	2,445
	Médio	Baixo	3,237	2,172	,137	-1,041	7,515
		Elevado	-2,268	3,898	,561	-9,944	5,409
	Elevado	Baixo	5,504	4,037	,174	-2,445	13,454
		Médio	2,268	3,898	,561	-5,409	9,944

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

4.3.2. Dados do Efeito de Interação entre a Amostra e os Níveis do Factor 3 do BDI

Contrast Results (K Matrix)^a

Contrast		Dependent Variable	
		TAS_Total	
Contrast Estimate		-6,825	
Hypothesized Value		0	
Difference (Estimate - Hypothesized)		-6,825	
L1 Std. Error		3,346	
Sig.		,042	
95% Confidence Interval for Difference		Lower Bound	-13,414
		Upper Bound	-,236

a. Based on the user-specified contrast coefficients (L') matrix: [Psoríase, Sem Doença] x [Baixo, Medio]

Test Results

Dependent Variable:TAS_Total

Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	557,023	1	557,023	4,162	,042
Error	33997,756	254	133,849		

Contrast Results (K Matrix)^a

Contrast		Dependent Variable		
		TAS_Total		
L1	Contrast Estimate	-15,496		
	Hypothesized Value	0		
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-15,496		
	Std. Error	5,052		
	Sig.	,002		
	95% Confidence Interval for Difference		Lower Bound	-25,445
			Upper Bound	-5,546

a. Based on the user-specified contrast coefficients (L') matrix: [Psoríase, Sem Doença] x [Baixo, Elevado]

Test Results

Dependent Variable:TAS_Total

Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	1259,095	1	1259,095	9,407	,002
Error	33997,756	254	133,849		

Contrast Results (K Matrix)^a

		Dependent Variable
Contrast		TAS_Total
L1	Contrast Estimate	-8,671
	Hypothesized Value	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-8,671
	Std. Error	4,655
	Sig.	,064
	95% Confidence Interval for Lower Bound	-17,838
	Difference Upper Bound	,496

a. Based on the user-specified contrast coefficients (L') matrix: [Psoríase, Sem Doença] x [Medio, Elevado]

Test Results

Dependent Variable:TAS_Total

Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	464,404	1	464,404	3,470	,064
Error	33997,756	254	133,849		

Hipótese 5

5.1. Distribuição da Normalidade

A escala do BDI não apresenta distribuição normal em ambas as amostras ($p < 0.001$).

Tests of Normality

Q2 Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Beck_Total 1 Masculino	,163	90	,000	,916	90	,000
2 Feminino	,162	170	,000	,837	170	,000

a. Lilliefors Significance Correction

5.2. Homocedasticidade (Homogeneidade das Variâncias)

A escala do BDI apresenta variâncias iguais nos 2 grupos ($p = 0.189$).

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Beck_Total Based on Mean	1,734	1	258	,189
Based on Median	,731	1	258	,393
Based on Median and with adjusted df	,731	1	233,172	,393
Based on trimmed mean	1,130	1	258	,289

Tal como já foi referido na página 4 dos anexos, apesar da distribuição não ser normal podemos invocar o teorema do limite central, visto que temos uma amostra grande (superior a 30), para utilizar um teste paramétrico, que neste caso será o Teste t.

5.3 Resultados do Teste t

Group Statistics

Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beck_Total Masculino	64	8,7344	6,80159	,85020
Feminino	66	12,0909	10,98352	1,35198

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Beck_Total Equal variances assumed	14,305	,000	-2,087	128	,039	-3,35653	1,60816	-6,53855	-,17452
Equal variances not assumed			-2,102	108,989	,038	-3,35653	1,59709	-6,52191	-,19116

Hipótese 6

6.1. Distribuição da Normalidade

A Escala do TAS-20 não apresenta distribuição normal em ambos os sexos ($p < 0.05$).

Tests of Normality

Q2 Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TAS_Total 1 Masculino	,105	90	,016	,968	90	,026
2 Feminino	,099	170	,000	,945	170	,000

a. Lilliefors Significance Correction

6.2. Homocedasticidade (Homogeneidade das Variâncias)

A escala da TAS-20 apresenta variâncias iguais ($p = 0.087$) nas mulheres e nos homens.

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TAS_Total Based on Mean	2,957	1	258	,087
Based on Median	2,940	1	258	,088
Based on Median and with adjusted df	2,940	1	256,953	,088
Based on trimmed mean	3,081	1	258	,080

Mais uma vez apesar da distribuição não ser normal, podemos invocar o teorema do limite central para utilizamos o Teste t.

6.3. Resultados do Teste t

Group Statistics

Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TAS_Total Masculino	64	55,3438	15,24740	1,90592
Feminino	66	54,9697	15,75287	1,93904

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
TAS_Total	Equal variances assumed	,122	,727	,138	128	,891	,37405	2,72028	-5,00848	5,75659
	Equal variances not assumed			,138	128,000	,891	,37405	2,71890	-5,00576	5,75387

Hipótese 7

Tests of Normality

Evento traumáticos_ Sim_Não	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Beck_Total 0 Não	,190	37	,002	,860	37	,000
1 Sim	,129	93	,001	,918	93	,000
TAS_Total 0 Não	,099	37	,200*	,974	37	,541
1 Sim	,051	93	,200*	,994	93	,958

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

7.1. Distribuição da Normalidade

A escala do BDI não apresenta distribuição normal em ambas as amostras ($p < 0.001$). A Escala do TAS-20 apresenta distribuição normal ($p > 0.05$).

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Beck_Total Based on Mean	12,278	1	128	,001
Based on Median	9,057	1	128	,003
Based on Median and with adjusted df	9,057	1	120,320	,003
Based on trimmed mean	11,540	1	128	,001
TAS_Total Based on Mean	,111	1	128	,740
Based on Median	,106	1	128	,746
Based on Median and with adjusted df	,106	1	126,470	,746
Based on trimmed mean	,105	1	128	,747

7.2. Homocedasticidade (Homogeneidade das Variâncias)

A escala do BDI não apresenta variâncias iguais ($p=0.001$). A TAS-20 tem variâncias iguais nos 2 grupos.

Apesar de a distribuição não ser normal num das variáveis, podemos invocar o teorema do limite central ($n>30$ em todos os grupos). Utilizaremos um Teste t.

7.3. Resultados do Teste t

Group Statistics

Eventotraumaticos_Sim_Nao	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beck_Total Sim	93	11,84	9,894	1,026
Não	37	6,92	6,400	1,052
TAS_Total Sim	93	64,48	15,665	1,624
Não	37	58,78	14,663	2,411

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Beck_Total	Equal variances assumed	12,278	,001	2,797	128	,006	4,920	1,759	1,440	8,400
	Equal variances not assumed			3,348	101,201	,001	4,920	1,470	2,004	7,835
TAS_Total	Equal variances assumed	,111	,740	1,906	128	,059	5,700	2,991	-,219	11,619
	Equal variances not assumed			1,961	70,435	,054	5,700	2,907	-,097	11,497