



UC/FPCE--2015

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Psoríase: Estudo dos Fatores Psicológicos e das Características Relacionais**

Carlota Inês dos Santos Teles (e-mail: [carlota.teles@gmail.com](mailto:carlota.teles@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação de Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá.

## **Psoríase: Estudo dos Fatores Psicológicos e das Características Relacionais**

Os objetivos do presente estudo visam uma melhor compreensão da população psoriática à luz da concepção psicossomática psicanalítica, considerando os padrões de vinculação e a qualidade das relações objetais estabelecidas, bem como os níveis de inibição social que apresentam. Espera-se também conhecer a influência das variáveis sociodemográficas e das variáveis de tratamento/clínicas.

Esta investigação, de carácter exploratório descritivo transversal, envolveu a administração de um protocolo constituído por um consentimento informado, questionário sociodemográfico e por três escalas de autorresposta: EVA (Escala de Vinculação no Adulto), DS-14 (Escala Tipo D) e BORRTO (Inventário das Relações Objetais e de Teste de Realidade de Bell, Forma O).

A amostra, constituída com recurso a uma amostragem não probabilística por conveniência ou acidental, foi recolhida em colaboração com a PSOPortugal – Associação Portuguesa de Psoríase – e é constituída por 116 portugueses portadores de psoríase.

Os resultados obtidos parecem evidenciar algumas diferenças de género, uma vez que as mulheres com psoríase tendem a confiar menos nos outros e que os homens tendem a pontuar de forma mais patológica que as mulheres ao nível da incapacidade social. Já os sujeitos com menos escolaridade e que não estão profissionalmente ativos (desempregados ou reformados/pensionistas) apresentam-se como mais sensíveis à rejeição, mais dependentes e mais inseguros.

Quanto às variáveis de tratamento/clínicas conclui-se que os sujeitos que estão a passar por uma crise psoriática, quando comparados com aqueles que têm a doença controlada, apresentam maior receio de serem abandonados ou rejeitados, assim como maior inibição social. Existem também indícios de que quanto maior é o tempo de convivência com a doença mais insegura é a vinculação.

Dos psoriáticos inquiridos, 35.5% informaram que o início da psoríase ocorreu durante um período de preocupação e *stress*. Entre os eventos mais apontados estão os problemas profissionais/financeiros, os problemas familiares e a associação com outras condições médicas.

Estes resultados deixam transparecer a tendência para uma maior somatização em momentos de grande *stress* e ansiedade, deixando antever as dificuldades de mentalização e elaboração mental dos conflitos por parte dos doentes psoriáticos.

Palavras-chave: Psoríase, psicossomática, relações objetais.

## **Psoriasis: Study of Psychological Factors and Relational Features**

The aim of the present study is to contribute to a better understanding of the psoriatic population under the psychoanalytic psychosomatics theory, considering the attachment patterns, the quality of the object relations and the levels of social inhibition of each subject. It is also expected to know the influence of socio-demographic variables, as well as the treatment/clinical variables.

This research has a transversal, descriptive and exploratory character and involved the administration of a protocol composed by an informed consent, socio-demographic questionnaire and three self-answered scales: Adult Attachment Scale (EVA, in Portuguese), Type D Scale (DS-14, in Portuguese) and Bell Object Relations and Reality Testing Inventory – Form O (BORRTI-O).

The sample - non-probabilistic, randomized and convenient - is composed by 116 Portuguese psoriatics and it was collected in collaboration with PSOPortugal (Portuguese association of psoriasis).

The obtained results seems to evidence some gender differences, since women with psoriasis tend to trust less on others and men tend to score in a more pathological way in social disability. The subjects with less qualifications and who are not professionally active present themselves as more sensitive to rejection, more dependent and insecure.

For the treatment/clinical variables it follows that the subjects who are going through a psoriatic crisis, compared to those who have controlled the disease, are more afraid of being abandoned or rejected, and also have greater social inhibition. There is also evidence that a higher interaction time with psoriasis leads to more insecure attachments.

35.5% of the psoriatic respondents informed that the onset of psoriasis occurred during a period of stress and concern. The most reported events are professional/financial problems, family problems and combination with other medical conditions.

This results show a tendency to a greater somatization of people with psoriasis in moments of greater anxiety and stress, prefiguring the difficulties in identifying and describing feelings inherent to conflicts.

**Key Words:** Psoriasis, psychosomatic, object relations.

## **Agradecimentos**

À minha família. Por estar sempre presente e por me permitir construir, a pouco e pouco, os meus sonhos.

Ao meu irmão. Por todo o criticismo e companheirismo necessários. Por não me deixar frustrar nos momentos de maior angústia.

Ao pai do meu irmão. Por promover o equilíbrio e ser para mim aquilo que muitos não conseguem ser.

Ao Daniel. Por todos os momentos de compreensão e ajuda. Por andar a meu lado com toda a serenidade do mundo.

Às minhas colegas e amigas, Soraia, Joana e Filipa. Pelos belos episódios de “investigação” proporcionados nos últimos momentos do curso.

À PSO Portugal. Pela disponibilidade e ajuda demonstradas. Por tudo o que faz pelos psoriáticos portugueses.

A todos os que participaram nesta investigação. Por partilharem a sua experiência, permitindo-nos enquanto investigadores, conhecer melhor a realidade inerente à Psoríase.

Ao Professor Doutor Eduardo Sá. Por partilhar o seu conhecimento único da clínica em psicologia. Por todas as oportunidades que foi criando nos últimos anos. Pela paciência nos momentos de maior impertinência.

## Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento conceptual .....	3
1. Psoríase.....	3
1.1. Etiopatogenia da Psoríase.....	3
1.2. Epidemiologia e Apresentação clínica .....	4
1.3. Tipos de Psoríase: variações regionais .....	5
1.4. Tratamentos na Psoríase .....	6
2. Pele e Psiquismo.....	8
2.1. Psicanálise e relação corpo-mente.....	8
II. Formulação do objetivo e hipóteses de investigação .....	11
1. Objetivo do estudo.....	11
2. Delineamento.....	11
III. Metodologia .....	12
1. Amostra .....	12
2. Instrumentos .....	12
2.1. Inquérito de dados sociodemográficos .....	13
2.2. Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	13
2.3. Escala Tipo D (DS14) .....	14
2.4. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory – Form O (BORRTI-O) .....	14
3. Procedimentos de investigação adotados .....	15
IV. Resultados .....	18
1. Caracterização da amostra.....	18
2. Análise descritiva das variáveis em estudo .....	20
2.1. Escala de Vinculação do Adulto – EVA .....	20
2.2. Escala Tipo D – DS-14.....	23
2.3. Escala das Relações Objetivas de Bell, Forma O – BORRTI-O .....	24
3. Análise da consistência interna .....	28
4. Análise inferencial.....	30
4.1. Análise da influência das variáveis sociodemográficas.....	30
4.2. Variáveis de tratamento.....	35
4.3. Análise da relação entre as diferentes dimensões das várias escalas .....	46
V. Síntese dos principais resultados.....	49
VI. Discussão .....	52
Conclusão .....	57
Bibliografia.....	58
Anexos.....	62

Anexo 1: Protocolo de investigação .....	62
Anexo 2: Análise descritiva dos itens das escalas (EVA, DS-14 e BORRTI-O) 62	
Anexo 3: Análise da Consistência Interna das escalas (EVA, DS-14 e BORRTI-O).....	62
Anexo 4: Diferenças entre médias das escalas em função das habilitações literárias do respondente.....	62
Anexo 5: Diferenças entre médias da dimensão Vinculação Insegura em função da situação profissional do respondente. ....	62
Anexo 6: Diferenças entre médias do grau de patologia da dimensão Vinculação Insegura em função do tempo de convivência com a doença. ..	62
Anexo 7: Diferenças entre médias do grau de patologia da dimensão Incapacidade Social em função do género. ....	62

## Introdução

A separação entre o corpo e a mente, entre a psique e o soma é, desde há muito, motivo de discussão. Observemos, a título de exemplo, a permanente alternância entre Cos e Cnide: no primeiro, a defesa do Homem na sua totalidade, apelando à síntese defendida por Hipócrates; no último, separava-se o Homem da sua doença (Dias, 1976).

Reforçando ainda a ideia do famoso erro de Descartes, instituído num pensamento dualista de separação do corpo da mente, Jaime Milheiro (*in* Coimbra de Matos, 2003) ilustra esta impossibilidade, "constituída por oxigénio e hidrogénio em partes certificadas, a água exemplifica um corpo vivo estabelecido que, se porventura lhe separarem os elementos, nem sequer existirá. Tal como o ser humano, que também não existirá quando lhe separarem a alma do corpo, o biológico do psicológico, saúde física/mental da doença física/mental, como secularmente foi feito e por tendência ainda se faz".

Segundo a literatura sobre a patologia, as perturbações mentais têm muito de corporal e as perturbações corporais têm muito de mental. É devido a este cariz indissociável entre corpo e mente que algumas perturbações ditas mentais encontram, por vezes, no corpo a forma elegível da sua expressão. E, por outro lado, que o desconforto somático se possa traduzir em angústia psicológica (McDougall, 1996).

Pensar o somático em psicanálise é, ao mesmo tempo, pensar nos limites da psicanálise. O que surge aqui é a simultaneidade do físico e do psíquico, é a representação do segundo no primeiro. A problemática da psicossomática surge, no entanto, quando o psíquico está, ao mesmo tempo, isolado e em relação com o somático, remetendo-nos para as relações de objeto mal constituídas (Dias, 1976).

A pele assume um papel primordial no contacto com o sujeito e com o outro (Winnicot, 2007). É o órgão de comunicação e percepção envolvido na expressão de sensações e emoções, através do contacto corporal (Anzieu, 1979). Winnicott (2007), acrescenta ainda que a pele serve de limite entre o eu e o não-eu, percebendo-a como uma barreira que protege e que marca um lugar, ou ainda como um lugar e um meio de trocas por excelência, assumindo por vezes o local de manifestação de conflitos e emoções a partir de sintomas psicossomáticos. Anzieu (1989), no mesmo sentido, postula que a pele é o envelope do corpo, ao mesmo tempo que é o envelope do psíquico. Pode então afirmar-se que, num momento mais precoce, a criança desenvolve o seu ego – ainda que de forma rudimentar – através das experiências do próprio corpo em relação com o seu primeiro cuidador (a mãe), iniciando a construção de padrões relacionais que se repercutirão por toda a vida.

Conhecida desde os tempos mais remotos, a Psoríase (do grego *psoriasis*, erupção sarnenta; ou *psora*, prurido) tem a sua primeira descrição no Papiro de Ebers, um dos tratados médicos mais antigos, datado de 1550 a.C.. Até ao século XVIII, a psoríase foi confundida com a Hanseníase, vulgarmente conhecida por lepra, colocadas por Hipócrates (460-375 a.C.) na mesma categoria nosográfica: doenças secas e descamativas (Pita, 2003).

Enquanto patologia dermatológica crônica, foi descrita apenas no século XIX, acreditando-se que a psoríase era um processo de regulação anormal do crescimento dos queratinócitos (células diferenciadas do tecido epitelial, representando 80% das células dérmicas) ou com origem inflamatória. No entanto, na década de 70 do século passado, os desenvolvimentos da imunologia celular evidenciaram a participação de células sanguíneas no processo psoriático (Bos & Rie, 1999). A partir de 1982, outras investigações mostraram a presença e relevância de células T (principais responsáveis pelo reconhecimento e sinalização de antígenos desencadeando uma resposta imunitária). Assim, a psoríase passa a ser reconhecida como uma desordem imune, baseada em reconhecimento imunohistológico de anticorpos e complemento depositados na pele psoriática (Bos & Rie, 1999).

Embora os estudos sobre esta doença sejam extensos, a sua etiopatogenia não é ainda completamente compreendida. As várias investigações realizadas neste âmbito ocorrem sobre o *stress*, métodos de *coping* da doença, qualidade de vida dos pacientes. Porém, são escassas aquelas que permitem caracterizar a psoríase considerando os aspectos inerentes ao seu aparecimento.

O tema da presente investigação surge de um fascínio relativo ao adoecer psicossomático, aliado à curiosidade sobre a patogenia de algumas doenças dermatológicas, com particular interesse sobre a Psoríase. Este trabalho procura, então, por meio de um estudo exploratório, conseguir uma melhor compreensão do doente psoriático através de um conhecimento unificado da teoria psicossomática psicanalítica enquadrada na teoria psicanalítica das relações objetais. Espera-se um entendimento mais compreensivo do doente psoriático em relação, considerando a influência da relação dual no desenvolvimento psíquico do indivíduo e na construção da sua identidade.

No que respeita à organização deste trabalho, na primeira parte do enquadramento conceptual será abordada a doença psoriática, sendo descritas algumas das suas características clínicas e epidemiológicas, assim como alguns aspectos da sua etiopatogenia. Na segunda parte, serão explicitados alguns conceitos psicanalíticos relevantes na conceptualização teórica do adoecer psicossomático.

Após a fundamentação teórica, apresenta-se a descrição do plano experimental em uso, onde serão definidos os objetivos, as hipóteses e as variáveis, a par da caracterização da amostra e dos instrumentos utilizados. Segue-se a apresentação e análise dos dados obtidos, procedendo-se, por fim, à discussão e inferência de algumas conclusões que se possam extrair da investigação.

## I. Enquadramento conceptual

### 1. Psoríase

#### 1.1. Etiopatogenia da Psoríase

A pele contém uma multiplicidade de tipos celulares e mediadores que juntos constituem o seu sistema imune, protegendo o corpo contra possíveis agentes externos. Embora a ativação do sistema imunitário seja um fenómeno de proteção que visa remover antígenos, este mecanismo de defesa pode ser subvertido, resultando em danos inflamatórios crónicos no tecido (Galadari, Sharif & Galadari, 2005). As características clínicas da psoríase surgem pela hiperproliferação de queratinócitos, inflamação e neovascularização, revelando a interligação patológica existente entre queratinócitos e as células imunológicas, que contribuem para o desenvolvimento da inflamação crónica da pele através da produção de citocinas (Pelc & Marcinkiewicz, 2007). Este estado hiperproliferativo da pele psoriática, quando comparado com a pele normal, é caracterizado pelo seguinte: 1) aumento do recrutamento de células germinativas basais, fundamentais à regeneração epidérmica; 2) aumento do número de células em divisão celular, nas quais ocorre a síntese de ADN; 3) ciclo celular dos queratinócitos anormalmente curto (36 horas, comparativamente a 311 horas na pele normal); 4) um tempo de renovação da epiderme diminuído (4 dias desde a camada basal até ao estrato córneo, face aos 27 dias da pele normal). A patogénese da psoríase ainda permanece incerta porém, a presença de linfócitos T na fase inicial da doença e a resposta a terapias que têm como alvo as células T sugerem que essas células estão relacionadas com a génese dessa patologia (Pelc & Marcinkiewicz, 2007). A ação dos linfócitos T pode ser descrita em 3 acontecimentos: ativação, migração das células para a pele e variadas ações das citocinas (que promovem a produção de mais linfócitos durante um processo imunitário) libertadas na derme e na epiderme (Myers, Gottlieb & Mease, 2006). A ativação inicial das células T requer a estimulação do seu recetor pelo Complexo Principal de Histocompatibilidade nas células apresentadoras dos antígenos, desencadeando uma reação de estimulação antígeno-específica. Quando ativadas, as células T expressam novas moléculas na sua superfície e tornam-se células T efetoras, de memória (Galadari, Sharif & Mease, 2005). Neste sentido, elas migram para a origem do agente desencadeante e ajudam a eliminá-lo através da síntese e libertação de várias citocinas (Lima & Lima, 2011).

A função normal da pele é proteger o corpo. As células epiteliais são programadas para o crescimento com o objetivo de renovar a pele de forma contínua e lenta, quase impercetível. Na pele lesionada é desencadeado o processo de maturação regenerativa, onde as células são produzidas numa taxa mais alta e onde ocorre aumento da circulação sanguínea e inflamação local (Lima & Lima, 2011).

Na psoríase a regeneração da pele está alterada, as células são produzidas sem que haja tempo para a descamação das células mortas, as quais se acumulam formando as lesões típicas da psoríase. As placas esbranquiçadas

que cobrem as lesões são compostas por células mortas e a eritrodermia é caracterizada pelo aumento da irrigação sanguínea (Pita, 2003).

Embora seja reconhecida que a hiperproliferação dos queratinócitos associada à diferenciação epidérmica anormal seja a causa primária da psoríase, o motivo para tamanha multiplicação de células não está determinado com precisão. Sabe-se que os queratinócitos são estimulados a proliferar com a ativação do sistema imunitário, por isso, a hipótese mais aceita para a psoríase é que seja uma doença ativada pelo sistema imunitário inato (Galadari, Sharif & Mease, 2005).

## 1.2. Epidemiologia e Apresentação clínica

A psoríase é uma doença dermatológica crônica com prevalência entre 1% e 2% da população mundial (Myers, Gottlieb & Mease, 2006), existindo regiões com maior incidência, como a Finlândia com aproximadamente 2.8%, e regiões ou povos com prevalência mais baixa ou inexistente, como os esquimós, mongóis e povos no Oeste de África (Rodrigues & Teixeira, 2009). Não existem estudos de prevalência de psoríase em Portugal, mas estima-se entre 100.000 a 200.000 o número de psoriáticos existentes no nosso país, tendo como base a percentagem de europeus e americanos afetados (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

A psoríase pode então ser caracterizada como uma dermatose crônica, eritemato-escamosa, multifatorial e com muitos aspetos etiopatogénicos pouco esclarecidos. É mediada pelo sistema imune e caracterizada – em 90% dos casos - pela presença de lesões em placa ou em pápulas, eritematosas ou descamativas, com morfologia, distribuição, severidade e curso variáveis (Myers, Gottlieb & Mease, 2006; Langley, Krueger & Griffiths, 2005).

Segundo alguns estudos, a psoríase pode apresentar-se em qualquer idade, embora tenham revelado uma distribuição bi-modal na idade dos pacientes com esta dermatose. A principal idade da primeira manifestação oscila, geralmente, entre os 15-20 anos, com um segundo pico de ocorrência entre os 55-60 anos, ambos os casos com apresentações clínicas distintas (Langley, Krueger & Griffiths, 2005). Apesar da incidência ser aproximadamente igual entre homens e mulheres, estas tendem a desenvolver psoríase mais cedo que os homens (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

A forma mais jovem da doença (antes dos 40 anos) corresponde a mais de 75% dos casos (Langley, Krueger & Griffiths, 2005) e está associada muitas vezes a um histórico familiar positivo, mostrando-se mais instável, afetando uma maior extensão do corpo, com maior frequência do envolvimento das unhas e alta incidência de psoríase gutata, além de um grande envolvimento psicológico. Esta psoríase de origem mais precoce é vulgarmente chamada de **psoríase do tipo I** (Pinto, Gonçalo, Resende e Pereira, 2001). Já os pacientes com desenvolvimento tardio (acima dos 30 anos) têm um curso menos severo, mais estável e com maior incidência de psoríase palmoplantar pustulosa (Myers, Gottlieb & Mease, 2006). Esta **psoríase do tipo II**, raramente se associa a outros casos familiares (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

As lesões da psoríase são distribuídas na pele, cotovelos, joelhos, cabeça, área lombo-sacral, couro cabeludo, articulações e unhas. Apesar das lesões exibirem características específicas, apresentam-se de várias formas dependendo da atividade, localização e severidade da doença. Essas diferentes formas podem ser localizadas ou dispersas e desenvolverem um curso variável, apresentando-se como agudas ou crônicas (Langley, Krueger & Griffiths, 2005). A apresentação usual é uma lesão bastante delimitada com presença de escamas esbranquiçadas na superfície, sob as quais existem eritemas e algumas vezes lesões pustulares de grande extensão (Bos & Rie, 1999).

### 1.3. Tipos de Psoríase: variações regionais

A psoríase é categorizada em diferentes tipos, baseados no local da lesão e nas suas características clínicas: 1) psoríase vulgar ou em placas, 2) psoríase gutata, 3) psoríase palmoplantar, 4) psoríase inversa, 5) psoríase eritrodérmica, 6) psoríase pustular, 7) psoríase ungueal e 8) psoríase artropática.

A **Psoríase vulgar ou em placas** é o tipo mais comum da doença e manifesta-se por placas redondas ou ovais, de tamanhos variados, bem delimitadas, avermelhadas, com escamas secas e aderentes prateadas ou acinzentadas. Um anel esbranquiçado – anel de Woronoff - pode ser observado em torno da placa psoriática (Myers, Gottlieb & Mease, 2006). A **Psoríase gutata** é caracterizada por pequenos pontos avermelhados em forma de pequenas gotas. Ocorre principalmente em crianças, adolescentes e adultos jovens e tem bom prognóstico. As erupções persistem por volta de dois meses, clareando após esse período. Caso não aconteça, pequenas pápulas podem aumentar e transformarem-se em lesões persistentes (Fry, Baker & Powles, 2006). Cerca de 12% das pessoas com esta dermatose podem desenvolver **Psoríase Palmoplantar** somente nas mãos e nos pés. As placas geralmente são delimitadas e podem ser tanto finas como espessas, provocando fissuras e dor, atingindo pequena áreas de maior atrito ou a sua totalidade. A **Psoríase inversa** apresenta um padrão inverso aos outros tipos de lesões: localiza-se na zona das dobras cutâneas (axilas, virilhas, a baixo das mamas, dobras do cotovelo e do joelho) e são lesões mais húmidas, planas e inflamadas sem escamação, particularmente sujeitas à irritação devido ao atrito e suor (Pita, 2003). Já a **Psoríase eritrodérmica** caracteriza-se por lesões generalizadas, abrangendo extensas áreas do corpo ou a sua totalidade aparece sobre a pele como uma vermelhidão e escamação fina, frequentemente acompanhada por prurido intenso e dor, podendo ocorrer inchaço. O aspeto da lesão pode ser confundido com o de queimaduras, em função do grau de comprometimento da pele (Pita, 2003). Por sua vez, a **Psoríase pustular** caracterizada por pústulas estéreis (pus composto por glóbulos brancos acumulados) sobre a pele, não sendo, por isso, contagiosa. Tende a manifestar-se em 3 fases cíclicas: eritema, formação de pústulas e descamação da pele (Pita, 2003). Nas duas últimas formas apresentadas – eritrodérmica e pustular – podem ocorrer perturbações da termorregulação e do equilíbrio eletrolítico, assim como um maior risco de infeções e desequilíbrio cardiovascular e pulmonar que, em

casos extremos, podem conduzir à morte (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001). Em até 90% dos casos a psoríase pode atingir as unhas – **Psoríase ungueal** -, correspondendo a um estigma da doença, pois interfere nas relações sociais e laborais (Pita, 2003). Por último a **Psoríase artropática**: Um em cada três doentes pode apresentar sintomas articulares, dos quais 5% a 10% podem desenvolver artrite de várias articulações (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001). Este tipo de psoríase é uma doença inflamatória das articulações do corpo que pode causar deformidades, muitas vezes permanentes. Está quase sempre associada à psoríase de pele ou unha, embora possa aparecer sem nenhum sinal externo, dificultando o diagnóstico. Quando a psoríase artropática está presente nos dedos das mãos, as hipóteses de encontrar psoríase ungueal é maior que 86% (Rich & Richard, 2005).

#### 1.4. Tratamentos na Psoríase

Apesar de apresentar uma evolução benigna, a psoríase determina um importante impacto na qualidade de vida dos pacientes, interferindo nas suas atividades diárias e nas suas relações sociais e interpessoais. Neste sentido, assumindo a inexistência, até ao momento, de uma cura definitiva, os principais objetivos da terapêutica são tratar as lesões, reduzir a sua gravidade e diminuir o impacto da doença na vida do doente (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

A seleção do método de tratamento a adotar deve ter em conta os seguintes fatores: 1) idade do doente, 2) forma clínica e localização das lesões, 3) extensão e intensidade da dermatose, 4) duração da psoríase e padrão evolutivo, 5) resposta a tratamentos anteriores, 6) estado geral e outras doenças coexistentes, 7) meios disponíveis e 8) capacidade e disponibilidade em aderir ao esquema de tratamento (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

O **tratamento tópico** implica a administração do medicamento diretamente sobre a lesão cutânea, minimizando possíveis efeitos colaterais noutros órgãos e na pele não lesada. Este tipo de tratamento apresenta-se, geralmente, como suficiente nos casos mais leves de psoríase. Nas formas moderadas a graves, o tratamento local, quando associado à fototerapia e/ou à terapia sistémica, melhora a qualidade de vida do paciente e acelera a sua recuperação (Martins & Chaul, 2006; Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

Dentro do tratamento tópico, os mais usados e recomendados são os cremes/pomadas/loções/champôs à base de corticoides, vitamina D ou análogos e ácido salicílico ou ureia (Silva & Silva, 2007). Este tipo de tratamento, ao aumentar a hidratação cutânea e ao remover as escamas, melhora o aspeto cosmético das lesões e diminuem o prurido, além de potenciarem os resultados obtidos com outros tópicos e com o tratamento por radiação ultravioleta (UV) (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

Os métodos de tratamento que utilizam a radiação ultravioleta, isolada (**fototerapia**) ou em associação a medicamentos fotossensibilizantes (**fotoquimioterapia - PUVA**), são indicados na psoríase crónica em placas extensa, na psoríase gutata aguda e na psoríase palmoplantar (Pinto, Gonçalo,

Resende & Pereira, 2001). A terapia PUVA está indicada em formas mais extensas de psoríase, que afetam 35% ou mais da área corporal. A administração oral do psoraleno faz-se duas horas antes da irradiação com luz UVA, repetindo-se o procedimento três a quatro vezes por semana, aumentando progressivamente a dose de radiação consoante a reação do paciente ao tratamento. A fototerapia (com UVB) tem uma eficácia idêntica à da fotoquimioterapia. Existem algumas alternativas a estas terapias, nomeadamente a balneopuvaterapia (BPUVA), que reduzem algumas das contraindicações inerentes à ingestão oral do psoraleno (por exemplo, náuseas, vômitos e prurido). A balneopuvaterapia consiste na irradiação com UVA logo após banho de imersão durante 10 minutos em solução salina de psoraleno (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

A **terapêutica sistémica** é recomendada quando não existe resposta à medicação tópica. Algumas formas mais graves de psoríase, mesmo quando a pele não está afetada de forma generalizada, requerem este tipo de tratamento, como a psoríase artropática e palmoplantar (Warren & Griffiths, 2008). Este tipo de terapia baseia-se na administração isolada, alternada ou rotativa de três fármacos diferentes: retinoides, metotrexato e ciclosporina A. Os retinoides são compostos orgânicos ou sintéticos derivados do retinol, que potenciam ou exibem a atividade da vitamina A. A forma mais usada é a Acitretina, pois exibe uma grande eficácia em monoterapia. O metotrexato é utilizado há mais de 40 anos no tratamento das formas graves de psoríase, sendo considerado o fármaco de eleição no tratamento da psoríase com artrite. O metotrexato atua como antagonista do ácido fólico e da inibição do ácido timidínico na síntese do ADN. As células mais suscetíveis de sofrerem o efeito anti-metabólico desta substância são as que se encontram em fase S do ciclo celular, como é o caso dos queratinócitos nas lesões psoriáticas (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001). Já a ciclosporina atua por inibição da produção das citocinas pelas células T, da qual resulta a redução da proliferação dos queratinócitos, reduzindo a resposta inflamatória.

A decisão de iniciar uma terapia sistémica na psoríase é da exclusiva competência e responsabilidade do dermatologista, dada a necessidade de adequação a cada caso clínico. Procura-se, desta forma, reduzir também os potenciais efeitos sistémicos graves, como toxicidade hepática (fibroses e cirroses), hipertensão arterial e nefrotoxicidade, assim como malformações no feto, desaconselhando-se este tratamento a mulheres em idade fértil (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001).

Um novo tratamento sistémico em estudo envolve o recurso a imunomoduladores biológicos. Os biológicos têm sido definidos como “derivados de material vivo (humano, vegetal, animal ou microorganismos), usados no tratamento, prevenção ou cura de doenças em humanos” (Arruda, Ypiranga & Martins, 2004, p. 394). Esta classe de medicamentos induz, sistematicamente, alterações fenotípicas da resposta imune da psoríase. Partindo da etiopatogenia descrita anteriormente, pode compreender-se melhor a ação dos agentes biológicos no controlo desta doença: 1) eliminação ou diminuição do número de linfócitos T patogénicos. Considerando-se que a psoríase é uma doença mediada por células T, ao induzir a morte de

determinado grupo patogénico destas células, está a promover-se uma melhoria do quadro clínico. O alefacept é o medicamento usado para este tipo de ação; 2) bloqueio das interações intercelulares. Bloqueando-se as interações célula a célula, é possível inibir a ativação celular ou a migração de células T para a pele. Em ambas as situações interfere-se nos mecanismos patogénicos da psoríase. O efalizumab é o anticorpo que se liga à cadeia  $\alpha$  do LFA-1, bloqueando tanto a ativação quanto a migração das células T; 3) desvio no sistema imunitário. Nos doentes psoriáticos, observa-se o predomínio fenotípico de células T tipo 1, com as respetivas citocinas pró-inflamatórias. Tem-se observado que as citocinas de células T tipo 2 em doses superiores podem inibir a produção de células T tipo 1. Com a inversão das citocinas predominantes, há modificação da resposta imune, interrompendo o mecanismo de manutenção da psoríase. 4) Inativação de citocinas. As citocinas, se já foram produzidas, podem ser bloqueadas antes que ajam sobre a patogénese da psoríase. O etanercept, o infliximab e o adalimumab são medicamentos que agem nesse sentido (Arruda, Ypiranga & Martins, 2004; Torres, Velho, Sanches & Selores, 2010).

A **psicoterapia** é outra das possibilidades de intervenção da psoríase. Apesar dos escassos 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 a par da fotoquimioterapia, ou de terapia corporal (Philbrick, Rundell, Netzel & Levenson, 2012).

## 2. Pele e Psiquismo

### 2.1. Psicanálise e relação corpo-mente

As primeiras conceptualizações psicanalíticas sobre psicossomática surgem com Freud (1953, 1966a, 1966b) e o seu modelo teórico de somatização, fruto das observações de casos de histeria de conversão. Ainda que nunca tenha criado nenhuma teoria psicossomática, Freud fundou muitos dos modelos psicossomáticos, tornando-se assim um dos seus mais importantes precursores (Vicente, 2005). É através destes casos que Freud conclui que os sintomas das psiconeuroses são os que advêm do insucesso do recalçamento e do afloramento do recalçado. Esses sintomas, onde o recalçado e o que recalca estão ligados, são providos de um sentido. Por outro lado, as neuroses atuais (neurastenia, neurose de angústia e hipocondria) não possuem qualquer mediação psíquica, refletindo problemas de energia psíquica de cariz económico (Freud, 1962). Este desequilíbrio económico manifesta-se, não só em termos psíquicos, como somáticos surgindo, neste sentido, formas privilegiadas de estabelecer um equilíbrio, nomeadamente formações sintomáticas de transformação do quantitativo em qualitativo (Dias, 1976). A ocorrência de uma lesão física pode permitir uma incorporação do excesso de excitação por meio de uma “hipercatexia narcísica” do órgão afetado (Aisenstein, 2005). As perturbações psicossomáticas inscrevem-se, deste modo, nas neuroses atuais, revelando a noção de carácter corporal dos

sintomas. É nesta discussão que se insere a espinhosa distinção entre conversão e sintoma psicossomático. O termo de conversão é, para Freud, correlativo de uma concepção econômica; a libido, destacada da representação recalcada, é transformada em energia de inervação somática. Mas o que especifica os sintomas de conversão é o seu significado simbólico, exprimindo pelo corpo representações recalcadas, retratando nada mais do que a transformação de uma energia psíquica numa energia somática (Roudinesco & Plon, 1998).

O excesso ou uma insuficiência da descarga pulsional é aquilo que caracteriza a patologia do atual, é a combinação de excitações que dá origem a uma sintomatologia específica. Neuroses atuais e psiconeuroses são, então, manifestações variadas de uma única energia sexual, entre as quais a relação é permanente. De facto, Freud viu nas neuroses atuais um estado que antecede as psiconeuroses, passagem do simples ao complexo. Esta transformação encerra o princípio segundo o qual o neurótico repousa sobre o atual, tal como o psíquico repousa sobre o somático, de forma que um dano corporal possa originar uma conversão histérica (Breuer & Freud, 1893-1895).

Com o aparecimento da Escola de Chicago – a partir dos anos 30 – novas conceptualizações surgiram, procurando estabelecer correspondências entre as manifestações somáticas, personalidade e noção de conflito (Dias, 1976). De entre os principais representantes desta escola destacam-se Dunbar e Alexander. A primeira (Blumenfield & Strain, 2006) retomou parte do modelo Freudiano mas, em vez de considerar a energia libidinal investida num órgão como processo de simbolização, considerou, pelo contrário, que uma parte dessa energia libidinal estaria presente no SNA e provocaria secundariamente perturbações funcionais ao nível dos órgãos cronicamente excitados. Concluindo, então, que a estrutura da personalidade ao fragilizar certas partes do organismo convidava à somatização. Foi desta forma que a autora atribuiu um perfil de personalidade específico aos diversos doentes psicossomáticos. Já Alexander (*in* Blumenfield & Strain, 2006), ao introduzir o modelo psicodinâmico para as lesões orgânicas, procurou articular a situação conflitual, neurofisiologia e estilos de vida. Segundo o autor, a doença psicossomática resultaria da interação entre um conflito intrapsíquico específico, a vulnerabilidade orgânica e uma situação de vida desencadeante.

Desenvolvendo as suas formulações a partir da observação clínica, a Escola Psicossomática de Paris estabelece a unidade psicossomática do ser humano e o princípio da economia, permitindo que fenómenos físicos e somáticos fossem entendidos como uma soma de interações dinâmicas que são objeto de movimentos de organização e desorganização (Aisenstein, 2005). Este movimento chega a uma conclusão fundamental: o sintoma psicossomático não tem sentido. Segundo Marty e M'Uzan (1963), por exemplo, o sintoma psicossomático está ligado a uma verdadeira carência das atividades de representação; o que ele traduz, não é um valor simbólico, mas uma insuficiência da simbolização. É neste contexto que se formula, em França, a concepção de “pensamento operatório” ou “funcionamento mecânico” de Marty e M'Uzan (1963), muito próximo do conceito de “alexitimia” desenvolvido por Sífneos (1973) nos Estados Unidos.

Se a soma de excitações continua a ser excessiva, os sistemas funcionais tornam-se desorganizados, e o aparato mental, sobrecarregado, deixando o caminho aberto para a somatização (Aisenstein, 2005). A falha que levaria à somatização parecia resultar da incapacidade de elaboração mental dos conflitos vivenciados e da insuficiente mentalização dos afetos, que conduziriam os doentes a uma situação de impasse. Estas interpretações reenviam para um defeito no funcionamento mental, sobretudo ao nível do pré-consciente.

Ainda no campo das neuroses, Ferenczi (Peron, 2006) refere o conceito de neurose de órgão com propósito de compreender a origem psíquica de certas disfunções orgânicas. Para o autor, a doença orgânica estaria relacionada com uma fixação da libido no respetivo órgão afetado e, contrariamente à conversão, o sintoma adquire uma função primária. Ferenczi acredita que o desaparecimento do sintoma estaria associado ao restabelecer da vida afetiva do sujeito.

## II. Formulação do objetivo e hipóteses de investigação

### 1. Objetivo do estudo

Neste trabalho foi enfatizada a exploração da qualidade das relações objetais uma vez que, em Portugal, este é, ainda, um aspeto pouco explorado no campo da psoríase.

Os objetivos do presente estudo visam uma melhor compreensão da população psoriática de acordo com a perspetiva da teoria psicossomática psicanalítica, considerando: 1) os padrões de vinculação desenvolvidos na fase adulta, como extrapolação dos movimentos objetais mais precoces, 2) a qualidade das relações objetais, através da perceção de satisfação das suas relações afetivas e 3) variáveis sociodemográficas e de tratamento que possam, de alguma forma, estar relacionadas com o acima descrito.

Neste sentido, foram delineadas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: As variáveis sociodemográficas não interferem no tipo de padrões de vinculação estabelecidos, na qualidade das relações objetais ou no grau de inibição social.

H2: As variáveis de tratamento associadas à psoríase não interferem na qualidade das relações objetais, nos padrões de vinculação desenvolvidos ou no grau de inibição social.

H3: Os sujeitos psoriáticos apresentam valores elevados de psicopatologia nas diferentes dimensões do Bell Object Relation and Reality Testing Inventory – Forma O.

H4: A maioria dos sujeitos psoriáticos apresentam padrões de vinculação preocupados ou evitantes.

H5: A maioria dos sujeitos psoriáticos apresentam valores de inibição social superiores ao ponto de corte.

### 2. Delineamento

Esta investigação é considerada um estudo exploratório descritivo transversal, uma vez que se foca num único grupo representativo da população em análise e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999), com uma abordagem de cariz mais quantitativo.

O caráter exploratório deste trabalho justifica-se pelo facto de se tratar de um estudo que pretende enveredar por uma abordagem relacional, com a definição de padrões de vinculação, qualidade das relações objetais e nível de inibição social. Com o intuito maior de reunir informações sobre a população psoriática nesta dimensão, foram também cruzadas variáveis sociodemográficas e variáveis de tratamento. A abordagem é quantitativa, uma vez que consiste num processo dedutivo, através do qual os dados numéricos proporcionam conhecimentos objetivos relativamente às variáveis em estudo (Fortin, 2009).

### III. Metodologia

#### 1. Amostra

A amostra do presente estudo foi recolhida em colaboração com a PSOPortugal -Associação Portuguesa de Psoríase-, que permitiu remeter um questionário *online* (gerado através do *Google Forms*) publicado entre Junho e Agosto, por correio eletrónico aos seus associados portadores da doença psoriática. A este método de recolha amostral acresce ainda uma abordagem através das redes sociais e páginas *online* que tinham como propósito a partilha entre pessoas na mesma condição. Nesta divulgação foram explicados a natureza e objetivos deste estudo, seguido de um pedido de colaboração por parte de quem preenchesse os critérios de inclusão.

A amostra foi constituída com recurso a uma amostragem não probabilística por conveniência ou acidental. Este tipo de amostragem é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem não probabilística apresenta a desvantagem de ser menos representativa do que a amostragem probabilística. A amostra acidental caracteriza-se pela participação voluntária ou pelo facto de os seus elementos serem escolhidos por uma questão de conveniência. Deste modo, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria. Contudo, o método tem a vantagem de ser rápido, de custo reduzido e fácil (Fortin, 2009).

Na amostra inicial constavam 123 respondentes, porém só foram admitidos psoriáticos de nacionalidade portuguesa, tendo sido excluídos os 7 sujeitos que não cumpriam estes critérios. A amostra é, então, constituída por 116 sujeitos.

#### 2. Instrumentos

O protocolo de investigação enviado é constituído pela declaração de consentimento informado, por um questionário sociodemográfico e por três instrumentos de autorresposta: Escala de Vinculação do Adulto (EVA), Escala Tipo D (DS14) e o Inventário das Relações Objetivas e Teste de Realidade de Bell – Forma O (*Bell Object Relations and Reality Testing Inventory - BORRTI-O*).

O questionário sociodemográfico foi construído para este estudo, de forma a adaptar-se à população em questão, procurando perceber o estado atual da doença e as terapêuticas adotadas neste contexto. A escolha dos instrumentos supracitados prende-se com o objetivo do presente estudo, mas procura também ligar-se a investigações futuras da mesma população, nomeadamente uma possível avaliação dos sujeitos quanto a um perfil de personalidade de tipo D. A EVA, além de avaliar exatamente o pretendido, encontra-se aferida para a população portuguesa e apresenta uma boa validade psicométrica (Canavarro, Dias & Lima, 2006), o mesmo acontece com a escala DS14 que, apesar de ter sido construída com uma amostra de doente cardíacos e hipertensos (juntamente com a população geral), é uma escala breve e facilmente aplicável a outras realidades clínicas (Denollet, 2005). Por

limitações teóricas e procurando não fugir ao que foi proposto inicialmente, apesar da DS14 ter sido aplicada de forma integral, apenas vão ser usados os resultados obtidos na subescala Inibição Social. Já o BORRTI-O é um teste que não se encontra aferido para a população portuguesa, tendo sido usada a versão aferida para a população brasileira, constituindo este facto uma das limitações do estudo.

Segue-se uma breve explicitação dos instrumentos mencionados, apresentados pela ordem em que foram administrados.

### **2.1. Inquérito de dados sociodemográficos**

Tem como principal objetivo um conhecimento mais acurado da amostra, estando subdividido em duas partes. A primeira concerne aos dados sociodemográficos propriamente ditos (idade, género, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional/laboral). A segunda parte incide sobre a doença de pele, procurando informações sobre o tempo de convivência com a doença, o seu estado atual (crise ou controlada), os tipos de tratamento adotados e, por fim, se atribuem algum evento de vida stressante ao surgimento da doença.

### **2.2. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)**

Esta escala é baseada na Teoria da Vinculação de Bowlby e na Teoria da Vinculação do Adulto de Collins e Read (1990) e de Hazan e Shaver (1987). É uma escala constituída por 18 itens, com afirmações sobre a forma como o respondente se sente face às relações afetivas que estabelece. As respostas são registadas e cotadas através de uma escala de Likert com 5 pontos (de 1 = “Nada característico em mim” a 5 = “Extremamente característico em mim”).

Os primeiros resultados desta escala obtidos para a população portuguesa (Canavarro, 1999) organizavam-se em três padrões de vinculação: seguro, evitante e ansioso, porém Canavarro, Dias e Lima (2006), apresentaram uma mudança nesta estrutura, procurando aproximá-la do original em inglês – *Adult Attachment Scale – Revised*, de Collins e Read (1990) – organizando-se os resultados atualmente em três fatores/dimensões:

1. Ansiedade: referente ao grau de ansiedade sentida pelo sujeito, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido; avalia o grau em que o sujeito se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado. (itens 3, 4, 9, 10, 11 e 15)

2. Conforto com a proximidade: refere-se ao grau em que o respondente se sente confortável com a proximidade e a intimidade; avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas. (itens 1, 6, 8, 12, 13 e 14)

3. Confiança nos outros: concerne ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária; avalia a forma como os sujeitos sentem poder depender de outros em situações que necessitam destes (2, 5, 7, 16, 17 e 18).

Quanto à fiabilidade e consistência interna pode dizer-se que a escala total apresenta valores elevados do alfa de Cronbach (0.81), registando-se o

mesmo para os índices de Spearman-Brown (0.84) e de correlação *split-half* (0.83).

### 2.3. Escala Tipo D (DS14)

Foi desenvolvida para avaliar a afetividade negativa, inibição social e personalidade tipo D, sendo este último fator constituído por uma tendência conjunta para uma maior afetividade negativa e maior inibição social (Denollet, 2005).

A escala é constituída por 14 itens, apresentados sob a forma de um conjunto de afirmações. São cotadas através de uma escala tipo Likert de 5 pontos (0 = Falso, 1 = Quase Falso, 2 = Neutro, 3 = Quase Verdadeiro e 4 = Verdadeiro), com dois itens de cotação invertida (item 1 e item 3).

Caso o objetivo passasse por usar a total potencialidade da escala – classificar os indivíduos com personalidade tipo D – utilizar-se-ia 10 como ponto de corte em ambas as escalas, tendo o sujeito que pontuar 10 ou mais em ambas as escalas para se classificar com personalidade tipo D.

Para efeitos no presente estudo utilizar-se-ão apenas os itens da subescala Inibição Social (itens 1, 3, 6, 8, 10, 11, 14), caracterizada por desconforto nas interações sociais, falta de equilíbrio social, tendência a evitar o confronto na interação social que conduz à inexpressividade, cujo valor da consistência interna é bastante elevado, traduzido num alfa de Cronbach de 0.86 (Denollet, 2005).

### 2.4. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory – Form O (BORRTI-O)

Este instrumento baseia-se no modelo de funcionamento de relações objetais desenvolvido por Bellak e colaboradores, considerando as relações objetais na sua multidimensionalidade ao longo de um *continuum*, desde a ausência patológica de relacionamentos até relações boas, relativamente livres de distorções e gratificantes (Bruscato & Iacaponi, 2000).

Trata-se de um inventário de autorresposta, com 45 declarações descritivas, às quais o sujeito responde “verdadeiro” ou “falso”, de acordo com a sua experiência mais recente. Os resultados desta escala organizam-se em 4 fatores interpretativos:

1. Alienação: mede a habilidade de estabelecer a confiança básica e alcançar relacionamentos estáveis e satisfatórios. Consiste na falta de confiança básica nos relacionamentos, perda de valor no relacionamento interpessoal, falta de habilidade para conseguir proximidade, incapacidade em manter intimidade estável, sentimentos de suspeita, posição defensiva e isolamento hostil, crença de que os relacionamentos são desagradáveis e que os outros decepcionarão e relações sociais superficiais.

2. Vinculação insegura: mede a sensibilidade à rejeição, o desejo de proximidade e a capacidade de tolerar a perda. Reflete-se na insegurança nos relacionamentos próximos expressa sob a forma de dependência; preocupações sobre ser aceite; desejo desesperado de proximidade; tentativas do outro de atingir uma identidade diferenciada são vistas como ameaçadoras.

3. Egocentrismo: mede a tendência para desconfiar da motivação do outro, para ver os outros como existindo apenas em relação a si mesmo e a manipular os outros para os seus próprios propósitos. Aqui o sujeito encara a cooperação como impossível (ou é onnipotente ou é impotente).

4. Incapacidade Social: mede a timidez e a experiência pessoal de ser socialmente inapto. Reflete-se pelo nervosismo, ausência de relacionamentos próximos e manutenção de relacionamentos imprevisíveis.

Para interpretar os resultados desta escala é necessário pontuar os itens em 1 – sem patologia nas relações e 2 – com patologia nas relações, transformando estes resultados brutos em *t scores*, através dos quais se lê a folha de pontuação para elaboração dos perfis (cf. Anexo 1). Quando as respostas de um fator/perfil pontuam 60% ou mais os resultados são considerados patológicos.

### 3. Procedimentos de investigação adotados

Os dados obtidos através do *Google Forms* foram gerados numa folha de excel, tendo sido convertidos numa base de dados e *a posteriori* analisados estatisticamente, através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Os procedimentos estatísticos utilizados no presente estudo são de natureza descritiva e inferencial. A estatística descritiva permite conhecer de forma sucinta as características de determinada amostra. Enquanto a estatística inferencial possibilita verificar relações entre variáveis, testar hipóteses e ou responder a questões através de testes estatísticos adequados (Fortin, 2009) e, com base na teoria da probabilidade, decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar os resultados obtidos à população geral (Ribeiro, 1999).

A estatística descritiva consiste numa análise das frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (moda, mediana e média), medidas de variabilidade ou dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Relativamente às medidas de variabilidade, considerou-se o desvio-padrão e o coeficiente de variação. Os valores do coeficiente de variação variam entre baixos e elevados, sendo que  $\leq 15\%$  é considerada uma dispersão baixa, entre 16 e 30% uma dispersão moderada e  $>30\%$  uma dispersão elevada.

As medidas de simetria e achatamento caracterizam a forma da distribuição dos elementos da população amostrados em torno da média. O coeficiente de assimetria e de curtose obtém-se através do quociente entre Skewness (SK) e o erro padrão (EP) e o quociente entre Curtose e o seu erro padrão. Para que uma distribuição se possa assumir como normal, os valores dos coeficientes descritos devem ser próximos de zero. Sempre que os valores absolutos destes coeficientes sejam superiores a 1, pode assumir-se que a distribuição dos dados em causa não é de tipo normal (Maroco, 2007).

A fidelidade de um teste indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuíveis a diferenças reais das características avaliadas (Ribeiro, 1999). A fidelidade dos resultados foi obtida através do grau de consistência interna (*Alpha de Cronbach* ou *Coefficiente de Kuder-Richardson* (KR-20) para escalas dicotómicas) que

permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. De acordo com Fortin (2009), quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento, por outro lado, o coeficiente será mais elevado se a escala comportar um maior número de itens. O valor do coeficiente alfa varia de 0,00 a 1,00, sendo que quanto mais elevado for o valor, maior é a consistência interna. Hill e Hill (2002) apresentam uma escala que dá indicação dos valores de uma medida de fiabilidade: superior a 0,9 – excelente; entre 0,8 e 0,9 – bom; entre 0,7 e 0,8 – razoável; entre 0,6 e 0,7 – fraco e abaixo de 0,6 – inaceitável.

A estatística inferencial permite realizar comparações entre dados através da associação de diversas variáveis. A estatística inferencial poderá ser realizada com recurso às técnicas paramétricas, contudo para tal é necessário ter em conta a verificação em simultâneo de dois pressupostos, nomeadamente: que a variável dependente possua distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas, caso se verifique o facto de se estar a comparar duas ou mais populações (Maroco, 2007).

Quanto à homogeneidade das variâncias, esta foi aferida através do teste de *Levene*, uma vez que é um dos testes mais potentes para este fim e mais robustos aos desvios da normalidade. Os resultados indicam que para a amostra em estudo, quase todas as escalas e subescalas são homogêneas, visto a significância encontrada ser superior a .05 ( $p > .05$ ) (Maroco, 2007). Ao nível da normalidade, verifica-se que este pressuposto não se encontra cumprido em todas as escalas e subescalas, não obstante as técnicas paramétricas são robustas à violação desse critério. Atendendo ao Teorema do Limite Central, que indica que à medida que a dimensão das amostras aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal, sustenta-se a assunção da normalidade e a dispensa do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Assim, uma vez que o pressuposto da homogeneidade das variâncias se encontra cumprido foi calculada a estatística paramétrica, dada a robustez quer do *t-test* quer da ANOVA à violação do pressuposto da normalidade (Maroco, 2007).

O teste *t-student* foi utilizado para testar se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2007). Este teste foi utilizado para analisar as diferenças de género nas pontuações das escalas, assim como para analisar as diferenças entre as variáveis de tratamento/clínicas (estado atual da doença, tempo de convivência com a doença, recurso a tratamento médico, recurso a técnicas coadjuvantes e o relacionamento do início da doença a um evento de vida stressante)

O segundo teste paramétrico utilizado foi o ANOVA, análise de variância. Este teste permite a comparação de médias de duas ou mais populações extraídas da amostra (Maroco, 2007), sendo utilizado para comparar as diferentes faixas etárias, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e o tipo de evento stressante relacionado com o início da doença.

A par destes testes foi ainda utilizado o coeficiente de correlação de Bravais-Pearson entre as escalas em estudo, para se perceber em que medida as diferentes escalas se correlacionavam entre si, no sentido de perceber o grau

de validade convergente. Este coeficiente é uma medida de associação de tipo linear que quantifica a intensidade e a direção da relação entre duas variáveis, sem implicação de causa e efeito entre ambas. As correlações situam-se entre -1 e +1. Para se estimar o nível de significância das correlações teve-se em consideração a classificação de Sousa (2009):

- Muito intensa (0.9 - 1)
- Alta (0.7 - 0.9)
- Moderada (0.3 - 0.7)
- Baixa (0.1 - 0.3)
- Muito baixa (0.0 - 0.1).

Para a aceitação ou rejeição de efeitos simples sobre as escalas e subescalas, foi ponderado um nível de significância de 0,05, ou seja:  $p > 0,05$  = não significativo;  $p < 0,05$  = significativo;  $p < 0,01$  = bastante significativo.

Note-se ainda que, com o objetivo de enquadrar os sujeitos em grupos, de acordo com determinadas configurações de resultados ao longo das dimensões da EVA, procedeu-se a uma análise por *clusters*, criando categorias mais ou menos estanques: perfil seguro, perfil evitante e perfil preocupado. Com este propósito, recorreu-se ao método *k-means*, um método não-hierárquico de agrupamento de *clusters*, que pressupõe a definição logo à partida dos grupos a formar (Maroco, 2007).

## IV. Resultados

### 1. Caracterização da amostra

A Tabela 1 apresenta os resultados das características sociodemográficas da amostra.

Através da leitura e análise dos dados podemos concluir que a presente amostra é constituída por 116 sujeitos, 67 do sexo feminino (57.8%) e 49 do sexo masculino (42.2%), sendo a média de idades 40.22 anos, com desvio padrão de 13.37, cujas idades estão compreendidas entre os 17 anos e os 78 anos.

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que 55 sujeitos estão casados (47.4%), 8 estão divorciados (6.9%), 42 estão solteiros (36.2%), 9 sujeitos vivem em união de facto (7.8%) e 2 são viúvos (1.7%).

Quanto às habilitações literárias, 46 sujeitos fizeram o ensino secundário ou equivalente (39.7%), 44 possuem o grau de licenciatura (37.9%), 12 sujeitos têm o grau de mestrado ou doutoramento (10.3%), os restantes 3.5% possuem o primeiro ou segundo ciclos. No que concerne à situação profissional atual, 75 sujeitos estão empregados (64.7%), 14 são estudantes (12.1%), 11 são reformados/pensionistas (9.5%), 10 sujeitos estão desempregados (8.6%) e os restantes 6 sujeitos trabalham e estudam em simultâneo (5.2%).

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

Variáveis	N	%
<b>Género</b>		
Masculino	49	42,2
Feminino	67	57,8
<b>Faixa etária</b>		
0-19 anos	2	1,7
20-29 anos	23	19,8
30-39 anos	37	31,9
40-49 anos	23	19,8
50-59 anos	20	17,2
60-69 anos	9	7,8
70-79 anos	2	1,7
<b>Habilitações Literárias</b>		
1º Ciclo (equivalente à 4ª Classe)	1	0,9
2º Ciclo (equivalente ao 6º ano)	1	0,9
3º Ciclo (equivalente ao 9º ano)	10	8,6
Secundário (equivalente ao 12º ano)	46	39,7
Licenciatura	44	37,9
Mestrado/Doutoramento	12	10,3
Outros	2	1,7
<b>Situação Profissional</b>		
Desempregado	10	8,6
Empregado	75	64,7
Estudante	14	12,1
Reformado/Pensionista	11	9,5
Trabalhador-estudante	6	5,2
<b>Estado Civil</b>		
Casado(a)	55	47,4

Divorciado(a)	8	6,9
Solteiro(a)	42	36,2
Em união de facto	9	7,8
Viúvo	2	1,7

Contemplando a amostra segundo as variáveis inerentes à sua situação médica (Tabela 2), pode dizer-se que, dos 116 sujeitos, 82 (70,7%) foram diagnosticados com psoríase há menos de 10 anos e 34 (29,3%) há mais de 10 anos. Podemos ainda constatar que o tempo máximo de convivência com esta doença foi de 45 anos e o mínimo de 7,75 anos (com um desvio padrão de 12,64 anos). Quanto ao estado da doença, 36 sujeitos (31%) afirmam estar a passar por um período de crise, em oposição aos restantes 80 (69%) que alegam ter a doença controlada.

Quando questionados se faziam tratamento médico, 84 sujeitos (72,4%) responderam afirmativamente e 32 (27,6%) negaram estar envolvidos em qualquer tipo de prática terapêutica. 52 sujeitos (44,8%) estão a fazer tratamento tópico com recurso a pomadas, loções, champôs, etc., 2 sujeitos (1,7%) estão a fazer fototerapia e/ou fotoquimioterapia e 18 sujeitos (15,5%) estão a fazer terapia sistémica, alguns deles com recurso a biológicos. Os restantes sujeitos estão a fazer terapêuticas combinadas: 13 sujeitos (11,2%) combinam terapia tópica com sistémica e um único sujeito (0,9%) faz fototerapia combinada com terapia tópica.

Quanto ao recurso a medicinas alternativas ou técnicas complementares, pode afirmar-se que 41 sujeitos (35,3%) recorrem, de facto, a essas técnicas, em oposição aos restantes 75 sujeitos (64,7%) que dizem não o fazer. 9 sujeitos (7,8%) recorrem à acupuntura, 5 sujeitos (4,3%) a produtos naturais, 2 sujeitos (1,7%) dizem ter cuidados alimentares com o objetivo de controlar as manifestação da psoríase, 6 sujeitos (5,2%) recorrem à prática regular de exercício físico, 8 sujeitos (6,9%) dizem recorrer a tratamentos homeopáticos, 3 sujeitos (2,6%) dizem fazer termas regularmente para minimizar os sintomas da doença. Os restantes 8 sujeitos (6,8%) estão envolvidos noutra tipo de terapêuticas como a prática de yoga e exercícios de relaxamento, reiki ou massagens.

A respeito da influência de variáveis stressoras envolvidas no surgimento da doença, 41 sujeitos (35,3%) acreditam que estas tiveram de facto alguma relação com o surgimento da psoríase, contrariando os restantes 75 sujeitos (64,7%) que acham não existir relação. Dos sujeitos que fazem este tipo de associação, 22 apontam problemas familiares (19%), 4 referem a entrada na adolescência ou puberdade como potenciador (3,4%), 7 pensam que surgiu aquando de outra condição médica (ex. intervenções cirúrgicas, gravides, etc.) (6%), 8 apontam fatores psicológicos, como ansiedade generalizada ou a momentos de avaliação, assim como alguma depressividade (6,9%), 5 sujeitos acreditam que o surgimento este ligado à sua vida militar (4,3%) e 10 associam a problemas financeiros ou profissionais (8,6%).

**Tabela 2. Caracterização da amostra segundo variáveis de tratamento**

Variáveis	N	%
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
Até 9 anos	82	70,7
10 anos ou mais	34	29,3
<b>Estado da doença</b>		

Em crise	36	31
Controlada	80	69
<b>Tratamento</b>		
Sim	84	72,4
Não	32	27,6
<b>Tipo de Tratamento</b>		
Tratamento Tópico	52	44,8
Fototerapia/Fotoquimioterapia	2	1,7
Terapia Sistêmica	18	15,5
Terapia Tópica e Sistêmica	13	11,2
Terapia Tópica e Fototerapia	1	0,9
<b>Medicina Alternativa/Complementar</b>		
Sim	41	35,3
Não	75	64,7
<b>Tipos de tratamento complementar</b>		
Acupuntura	9	7,8
Produtos Naturais	5	4,3
Cuidados Alimentares	2	1,7
Prática Desportiva	6	5,2
Homeopatia	8	6,9
Termas	3	2,6
Outros	8	6,8
<b>Relaciona com evento de vida stressante</b>		
Sim	41	35,3
Não	75	64,7
<b>Evento stressante</b>		
Problemas familiares	22	19
Adolescência/Puberdade	4	3,4
Condição médica associada	7	6
Fatores psicológicos	8	6,9
Militares	5	4,3
Profissionais/Financeiros	10	8,6

## 2. Análise descritiva das variáveis em estudo

Nas rubricas que se seguem caracterizar-se-á a amostra, considerando os resultados obtidos através dos instrumentos aplicados no âmbito desta investigação, nomeadamente EVA, DS-14 e BORRTI-O.

### 2.1. Escala de Vinculação do Adulto – EVA

Da leitura e análise dos resultados e considerando as respostas “característico em mim”, “muito característico em mim” e “extremamente característico em mim” podemos concluir que 81,9% dos sujeitos estabelece com facilidade relações com as pessoas, 55,2% tem dificuldade em sentir-se dependente dos outros, 47,4% preocupa-se com a possibilidade dos seus parceiros não gostarem realmente de si, 26,7% considera que as pessoas não

se aproximam tanto de si quanto gostariam, 12,6% sente-se bem dependendo dos outros, 58,6% não se preocupam com o facto das pessoas se aproximarem muito, 28,5% acham que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias, 25,9% sentem-se de alguma forma desconfortáveis quando se aproximam das pessoas, 28,4% preocupam-se frequentemente com a possibilidade dos seus parceiros os deixarem, 42,3% dos sujeitos, quando mostram os seus sentimentos, têm medo que os outros não sintam o mesmo, 41,4% questionam-se frequentemente se os seus parceiros realmente se importam consigo, 92,2% sentem-se bem quando se relacionam de forma próxima com outras pessoas, 23,3% dos sujeitos ficam incomodados quando alguém se aproxima emocionalmente de si, 77,6% sente que pode contar com as outras pessoas quando precisar, 37,9% quer aproximar-se das outras pessoas mas tem medo de ser magoado, 62,1% acha difícil confiar completamente nos outros, 32,8% consideram que os seus parceiros desejam frequentemente que estejam mais próximos deles do que se sentem confortáveis para estar e, por fim, 39,7% dos sujeitos inquiridos não têm a certeza de poderem contar com as pessoas quando precisarem delas.

Através da leitura e análise da Tabela 3, pode constatar-se que o fator Ansiedade apresenta uma média de 2.27 (DP=0.93), apresentando um mínimo de 1 e um valor máximo de 5. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 2.13 e 2.47. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 1.50 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 2.167 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 2.83 pontos. O valor do coeficiente de variação (41%) é considerado elevado, ou seja, os dados são pouco homogêneos. Os valores de simetria (0.828) e curtose (0.215) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ).

O fator Conforto com a Proximidade apresenta uma média de 2.77 (DP=0.53), apresentando um mínimo de 1.33 e um valor máximo de 4.17. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 2.67 e 2.85. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 2.50 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 2.83 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 3.17 pontos. O valor do coeficiente de variação (19%) é considerado baixo, ou seja, os dados são razoavelmente homogêneos. Os valores de simetria (-0.145) e curtose (-0.131) são indicativos de uma distribuição assimétrica negativa (com enviesamento à esquerda) com uma curva platicúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ).

O fator Confiança nos outros apresenta uma média de 3.19 (DP=0.63), apresentando um mínimo de 1 e um valor máximo de 4.33. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro

mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 3.07 e 3.31. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 2.83 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 3.33 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 3.67 pontos. O valor do coeficiente de variação (20%) é considerado baixo, ou seja, os dados são razoavelmente homogêneos. Os valores de simetria (-0.907) e curtose (1.088) são indicativos de uma distribuição assimétrica negativa (com enviesamento à esquerda) com uma curva leptocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ).

Por fim, foram analisados os resultados da escala total, que apresenta uma média de 53.47 (DP=4.99), apresentando um mínimo de 34 e um valor máximo de 67. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 52.67 e 54.24. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 51 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 53 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 57 pontos. O valor do coeficiente de variação (9%) é considerado baixo, ou seja, os dados são razoavelmente homogêneos. Os valores de simetria (-0.447) e curtose (1.779) são indicativos de uma distribuição assimétrica negativa (com enviesamento à esquerda) com uma curva leptocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ).

**Tabela 3: Estatística descritiva para a escala EVA e os seus fatores**

EVA	N	Min.- Máx.	M	DP	CV (%)	SK	SK Std. error	K	K Std. Error
<b>Ansiedade</b>	116	1-5	2.27	0.93	41%	0.828	0.225	0.215	0.446
<b>Conforto com a proximidade</b>	116	1.33- 4.17	2.77	0.53	19%	-0.145	0.225	-0.131	0.446
<b>Confiança nos outros</b>	116	1-4.33	3.19	0.63	20%	-0.907	0.225	1.088	0.446
<b>EVA total</b>	116	34-67	53.47	4.99	9%	-0.447	0.225	1.779	0.446

Como se pode observar na tabela 4, os *clusters* encontrados correspondem à descrição teórica dos três estilos de vinculação de Hazan e Shaver (1987, in Canavarro, Dias e Lima, 2006). O grupo correspondente ao *perfil seguro* sente-se confortável com a proximidade (com uma média de 3.00 pontos), é capaz de confiar nos outros (com uma média de 3.44 pontos), e não sente especial receio de ser abandonado (com uma média de 1.69 pontos); o grupo correspondente ao *perfil evitante* não se sente confortável com a proximidade (com uma média de 2.39 pontos), não confia nos outros (com uma média de 2.99 pontos) e não sente especial receio em ser abandonado (com uma média de 2.97 pontos); por último, o grupo correspondente ao *perfil*

*preocupado* não se sente confortável com a proximidade (2.60), não confia nos outros (com uma média de 1.79 pontos) e sente um grande receio de ser abandonado (com uma média de 4.43 pontos).

Do total da amostra, 61.2% dos indivíduos foram classificados como seguros, 32.8% foram considerados evitantes e 6% foram categorizados como preocupados.

**Tabela 4: Médias dos fatores para estilos de vinculação obtidos através da análise de clusters**

EVA	N	Clusters/Estilos de Vinculação		
		Preocupado N=7 (6%)	Evitante N=38 (32.8%)	Seguro N=71 (61.2%)
Conforto com a proximidade	116	2.60	2.39	3.00
Confiança nos outros	116	1.79	2.99	3.44
Ansiedade	116	4.43	2.97	1.69

## 2.2. Escala Tipo D – DS-14

Partindo da leitura e análise dos resultados e considerando, mais uma vez, apenas a subescala Inibição Social, podemos concluir que, 79.4% dos sujeitos não se relacionam facilmente quando conhecem as pessoas (10.3% dos respondentes foram neutros neste item), 40.5% fala muitas vezes com estranhos (24.1% dos respondentes foram neutros neste item), 35.3% ficam muitas vezes inibidos em relações sociais (19% dos respondentes foram neutros neste item), 27.6% têm dificuldade em iniciar uma conversação (12.9% dos respondentes foram neutros neste item), 31.9% consideram-se uma pessoa fechada (21.6% dos respondentes foram neutros neste item), 20.7% dos sujeitos preferem manter as outras pessoas à distância (25.9% dos respondentes foram neutros neste item) e, por fim, 25% dos psoriáticos inquiridos, quando estão em eventos sociais, têm dificuldade em encontrar coisas corretas para falar (24.1% dos respondentes foram neutros neste item).

Através da leitura e análise da tabela 5, pode constatar-se que a dimensão Inibição Social apresenta uma média de 12.80 (DP=5.83), possuindo um mínimo de 3 pontos e um máximo de 26 pontos. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 11.85 e 13.86. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram máximo de 8 pontos, 50% obtiveram um máximo de 13 pontos e 7% dos sujeitos pontuaram no máximo 17 pontos. O valor do coeficiente de variação (45,55%) é considerado elevado, ou seja, os dados são pouco homogêneos. Os valores de simetria (0.153) e curtose (-0.980) são indicativos de distribuição assimétrica negativa (com enviesamento à esquerda) com uma curva platicúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ).

Por fim, foram analisados os resultados da escala total, que apresenta uma média de 27.55 (DP=13.38), apresentando um mínimo de 6 e um valor máximo de 54. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 25.39 e

29.71. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 16.25 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 28.5 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 37 pontos. O valor do coeficiente de variação (44.94%) é considerado elevado, ou seja, os dados são pouco homogêneos. Os valores de simetria (0.079) e curtose (-1.034) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva platicúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ).

**Tabela 5: Estatística descritiva para a escala DS-14 e a subescala Inibição Social**

DS-14	N	Min.- Máx.	M	DP	CV (%)	SK SK	SK Std. erro	K K	K Std. Erro
<b>Inibição Social</b>	116	3-26	12.80	5.83	45.55	0.153	0.225	-0.980	0.446
<b>DS-14 total</b>	116	6-54	27.55	12.38	44.94	0.079	0.225	-1.034	0.446

Considerando o ponto de corte previsto na literatura da DS-14, 10 pontos, podemos concluir que 66.4% dos psoriáticos inquiridos apresenta uma pontuação igual ou superior a esses 10 pontos, apresentando comportamentos indicadores de uma elevada inibição social (cf. Tabela 6).

**Tabela 6: Frequências da escala Inibição Social considerando o ponto de corte**

DS-14	N	0-9 pontos	≥10 (ponto de corte, elevada inibição social)
<b>Inibição Social</b>	116	39 (33.6%)	77 (66.4%)

### 2.3. Escala das Relações Objetivas de Bell, Forma O – BORRTI-O

Partindo da leitura e análise dos resultados e considerando respostas de tipo “verdadeiro” e “falso”, é possível concluir que 87.1% dos sujeitos inquiridos consideram ter pelo menos um relacionamento estável e satisfatório, 44% consideram que se alguém não gosta de si, esforçam-se sempre para ser agradáveis para essa pessoa, 16.4% gostariam de ser um eremita para sempre, 18.1% sentem-se capazes de se isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar mais de uma semana, 44.8% sentem que habitualmente acabam por magoar aquelas pessoas que lhes são mais íntimas, apenas 8.6% acham que as pessoas com quem convivem tratam-nas mais como uma criança do que como um adulto, 95.7% constatarem que se alguém que conheçam bem for embora, sentem falta dessa pessoa, 73.3% conseguem lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar, 64.7% acha-se extremamente sensível a críticas, 18.1% sente que exercer poder sobre outra pessoa é um prazer secreto seu, 50.9% afirmam que às vezes fazem de tudo para conseguir as coisas à sua maneira, 38.8% geralmente sentem-se magoados e rejeitados, quando uma pessoa que lhes é

próxima não lhes dá toda a sua atenção, 59.5% quando se tornam íntimos de alguém e esse alguém não se mostra digno de confiança, passam a ter raiva de si próprios pela forma como as coisas aconteceram, 44.8% sentem que é difícil para si ficar íntimos de alguém, 63.8% acham que a sua vida sexual é satisfatória, 33.6% têm tendência a ser aquilo que os outros esperam que eles sejam, 25% sentem que se manteriam num relacionamento, não importando o quanto esse relacionamento pudesse ficar mal, 29.3% sentem que não têm influência sobre ninguém ao seu redor, 15.5% sentem que as pessoas não existem quando não as vêem, 54.3% afirmam que foram muito magoados na sua vida, 75% acham ter alguém com quem podem partilhar os seus sentimentos mais íntimos e que compartilha esses sentimentos consigo, 41.4% sentem que as mesmas dificuldades surgem nos seus relacionamentos mais importantes, não importa o quanto tentem evitar, 45.7% dos psoriáticos respondentes anseiam ser completamente um só por alguém, 11.2% dos sujeitos não ficam satisfeitos nos relacionamentos, a menos que estejam com a outra pessoa o tempo todo, 70.7% acreditam avaliar muito bem as outras pessoas, 19.8% acham que os relacionamentos do sexo oposto acabam sempre da mesma maneira, 8.6% sentem que os outros tentam humilhá-los frequentemente, 18.1% geralmente confiam nos outros para tomar decisões por si, 36.2% dos sujeitos geralmente arrependem-se de ter confiado em alguém, 75.9% consideram que quando estão com raiva de alguém que lhes é íntimo são capazes de conversar a esse respeito, 8.6% acreditam que manipular os outros é a melhor maneira de conseguir o que querem, 23.3% geralmente sentem-se nervosos quando estão perto de pessoas do sexo oposto, 51.7% preocupam-se frequentemente com ser deixado de fora das coisas, 28.4% dos sujeitos sentem que têm que agradar a todos senão poderão rejeitá-los, 6.9% fecham-se e não vêm ninguém por meses, 77.6% consideram-se sensíveis a possíveis rejeições por pessoas importantes na sua vida, 68.1% acham que fazer amigos não é um problema si, 19.8% não sabem como se aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto, 16.4% ficam magoados ou com raiva quando não podem obrigar alguém próximo de si a fazer a sua vontade, 24.1% pensam que o seu destino é levar uma vida solitária, 49.1% acham que as pessoas nunca são honestas umas com as outras, 55.2% consideram dedicar-se muito aos relacionamentos e receberem muito em troca, 27.6% dos respondentes sentem-se tímidos para se aproximarem ou conversarem com alguém do sexo oposto, apenas 4.3% consideram que, para si, a coisa mais importante num relacionamento é exercer poder sobre a outra pessoa e, por fim, 20.7% dos sujeitos acreditam que uma boa mãe deveria sempre agradar aos seus filhos.

Através da leitura e análise da tabela 7, pode constatar-se que o fator Alienação apresenta uma média de 38.14 (DP=5.94), apresentando resultados compreendidos entre 29 e 57. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 37.12 e 39.19. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 33 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 37 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 42 pontos. O valor do coeficiente de variação (15.57%) é considerado

baixo, ou seja, os dados são razoavelmente homogêneos. Os valores de simetria (0.730) e curtose (0.260) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ).

O fator Vinculação Insegura apresenta uma média de 30.48 (DP=4.25), apresentando um mínimo de 22 e um valor máximo de 41. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 29.81 e 31.14. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 27 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 30 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 33 pontos. O valor do coeficiente de variação (13.94%) é considerado baixo, ou seja, os dados são razoavelmente homogêneos. Os valores de simetria (0.251) e curtose (-0.421) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva platicúrtica com tendência mesocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ) (cf. Tabela 7).

O fator Egocentrismo apresenta uma média de 29 (DP=4.14), apresentando um mínimo de 23 e um valor máximo de 43. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 28.32 e 29.69. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 26 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 28 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 32 pontos. O valor do coeficiente de variação (14.28%) é considerado baixo, ou seja, os dados são relativamente homogêneos. Os valores de simetria (0.877) e curtose (0.610) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ) (cf. Tabela 7).

O fator Incapacidade Social apresenta uma média de 18.68 (DP=3.13), apresentando um mínimo de 14 e um valor máximo de 28. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 18.11 e 19.22. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 16 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 18 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 21 pontos. O valor do coeficiente de variação (16.76%) é considerado baixo, ou seja, os dados são razoavelmente homogêneos. Os valores de simetria (0.594) e curtose (-0.273) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva platicúrtica com tendência mesocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste

*Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ) (cf. Tabela 7).

Por fim, foram analisados os resultados da escala total, que apresenta uma média de 58.91 ( $DP=7.52$ ), apresentando um mínimo de 47 e um valor máximo de 81. O intervalo de confiança indica que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados se situarem entre 57.79 e 60.12. Considerando os resultados dos percentis, verifica-se que 25% dos participantes obtiveram um máximo de 53 pontos, 50% dos participantes obtiveram um máximo de 58 pontos e 75% dos participantes obtiveram um máximo de 64 pontos. O valor do coeficiente de variação (12.77%) é considerado baixo, ou seja, os dados são razoavelmente homogêneos. Os valores de simetria (0.691) e curtose (0.247) são indicativos de uma distribuição assimétrica positiva (com enviesamento à direita) com uma curva leptocúrtica. Recorreu-se, ainda, ao teste *Kolmogorov-Smirnov* para analisar e testar a normalidade, verificando-se que a distribuição não cumpre uma distribuição normal ( $p=.000$ ) (cf. Tabela 7).

**Tabela 7: Estatística descritiva para a escala BORRTI-O e os seus fatores**

BORRTI-O	N	Min.- Máx.	M	DP	CV (%)	SK	SK Std. erro	K	K Std. erro
Alienação	116	29-57	38.14	5.94	15.57	0.730	0.225	0.260	0.446
Vinculação Insegura	116	22-41	30.48	4.25	13.94	0.251	0.225	-0.421	0.446
Egocentrismo	116	23-43	29	4.14	14.28	0.877	0.225	0.610	0.446
Incapacidade Social	116	14-28	18.68	3.13	16.76	0.594	0.225	-0.273	0.446
<b>BORRTI-O total</b>	116	47-81	58.91	7.52	12.77	0.691	0.225	0.247	0.446

Através da conversão dos resultados brutos em *t-scores* e analisando a folha de pontuação para a elaboração de perfis (cf. Anexo 1), conclui-se que, na dimensão Alienação, 19.8% dos sujeitos apresentam patologia nas relações objetais que estabelecem, em oposição aos restantes 80.2% que não apresentam patologia nas relações. Na dimensão Vinculação Insegura, 14.7% dos respondentes apresentam patologia nas relações objetais que estabelecem, em oposição aos restantes 85.3% que não apresentam patologia nas relações. Quanto ao Egocentrismo, 19% dos sujeitos apresentam patologia nas relações objetais que estabelecem, em oposição aos restantes 81% que não apresentam patologia nas relações. E, por fim, na dimensão Incapacidade Social, 16.4% dos sujeitos apresentam patologia nas relações objetais que estabelecem, em oposição aos restantes 83.6% que não apresentam patologia nas relações (cf. Tabela 8).

**Tabela 8: Características das relações objetais avaliadas pela BORRTI-O**

BORRTI-O	N	Sem Patologia N (%)	Com Patologia N (%)
----------	---	------------------------	------------------------

<b>Alienação</b>	116	93 (80.2%)	23 (19.8%)
<b>Vinculação Insegura</b>	116	99 (85.3%)	17 (14.7%)
<b>Egocentrismo</b>	116	94 (81%)	22 (19%)
<b>Incapacidade Social</b>	116	97 (83.6%)	19 (16.4%)

### 3. Análise da consistência interna

A fidelidade dos resultados foi obtida através do grau de consistência interna (*Alpha de Cronbach* e coeficiente *Kuder-Richardson*) que permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. De acordo com Fortin (2009), quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento, por outro lado, o coeficiente será mais elevado se a escala comportar um maior número de itens.

Neste sentido, verifica-se que a consistência interna dos fatores e da escala total EVA varia entre .81 e .89. Numa análise mais detalhada, verifica-se que o fator Ansiedade, quando comparado com outros estudos mantém uma boa consistência interna ( $\alpha=.89$ ). Os fatores Conforto com a Proximidade ( $\alpha=.69$ ) e Confiança nos Outros ( $\alpha=.64$ ) quando comparados com o estudo de Canavarro, Dias e Lima (2006) também apresentam uma consistência interna considerada razoável, chegando até a assumir valores superiores (Tabela 9).

A consistência interna foi ainda calculada para o conjunto de itens da escala (*cf.* Anexo 3).

**Tabela 9: Consistência interna (*Alpha de Cronbach*) da escala EVA e respectivos fatores da amostra em estudo e outros estudos.**

	Canavarro, Dias e Lima (2006)	Amostra em estudo
<b>Ansiedade</b>	$\alpha=0.84$	$\alpha=0.89$
<b>Conforto com a proximidade</b>	$\alpha=0.67$	$\alpha=0.69$
<b>Confiança nos outros</b>	$\alpha=0.54$	$\alpha=0.64$
<b>EVA Total</b>	$\alpha=0.81$	$\alpha=0.81$

Para a escala DS-14 também foi analisada a consistência interna da dimensão Inibição Social. Verifica-se, mediante os resultados da tabela 10, que a consistência interna varia entre .89 e .71, sendo a medida de fidelidade considerada boa. É possível verificar que quando comparados estes resultados com o estudo de Denollet (2005) os valores são ligeiramente inferiores.

A consistência interna foi ainda calculada para o conjunto de itens da escala (*cf.* Anexo 3).

**Tabela 10: Consistência interna (*Alpha de Cronbach*) da escala DS-14 e fator Inibição Social da amostra em estudo e outros estudos.**

	Denollet (2005)	Amostra em estudo
<b>Inibição Social</b>	$\alpha=0.86$	$\alpha=0.71$
<b>DS-14 Total</b>	--	$\alpha=0.89$

Para a análise da consistência interna da escala BORRTI-O recorreu-se ao coeficiente de Kuder-Richardson, um caso especial de alfa de Cronbach para escalas dicotômicas, e a uma análise *split-half* através do cálculo do coeficiente de Spearman-Brown. Neste sentido, verifica-se que a dimensão com maior consistência interna é Alienação (KR20=0.87) a par da escala total (KR20=0.87), seguindo-se o Egocentrismo (KR20=0.81), a Vinculação Insegura (KR20=0.78) e, por fim, a Incapacidade Social (KR20=0.77) (tabela 11).

Comparando com os resultados obtidos no estudo de Bruscato e Iacaponi (2000), podemos concluir que, no geral, todos os fatores da escala têm uma consistência interna superior face ao estudo referido.

A consistência interna foi ainda calculada para o conjunto de itens da escala (*cf.* Anexo 3).

**Tabela 11: Consistência interna (Coeficiente de Kuder-Richardson) da escala BORRTI-O e respetivos fatores da amostra em estudo e outros estudos.**

	Bruscato e Iacaponi (2000)		Amostra em estudo	
	KR20	Spearman-Brown	KR20	Spearman-Brown
<b>Alienação</b>	0.63	0.70	0.87	0.88
<b>Vinculação Insegura</b>	0.73	0.76	0.78	0.82
<b>Egocentrismo</b>	0.40	0.43	0.81	0.84
<b>Incapacidade Social</b>	0.59	0.60	0.77	0.75
<b>BORRTI-O Total</b>	0.59	0.63	0.87	0.89

#### 4. Análise inferencial

##### 4.1. Análise da influência das variáveis sociodemográficas

###### Influência do Gênero

Analisando os dados recolhidos, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas dos resultados obtidos na EVA entre os elementos do sexo feminino e os elementos do sexo masculino. Existe no entanto, a exceção do fator Confiança nos outros ( $t=-2.473$ ,  $p=.015$ ), no qual se verificam diferenças significativas entre os dois grupos, verificando-se que os sujeitos do sexo feminino ( $M=3.07$ ,  $DP=.67$ ) pontuam menos que os do sexo masculino ( $M=3.36$ ,  $DP=.55$ ) (cf. Tabela 12)

Tabela 12. Teste t da escala EVA em função do gênero

EVA	Gênero	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	P
Ansiedade	Feminino	67	2.32	0.96	.520	.472	.663	.508
	Masculino	49	2.21	0.88				
Conforto com a Proximidade	Feminino	67	2.79	0.55	.682	.411	.487	.627
	Masculino	49	2.74	0.50				
Confiança nos Outros	Feminino	67	3.07	0.67	.828	.365	-2.473	.015
	Masculino	49	3.36	0.55				
EVA total	Feminino	67	53.12	5.24	.068	.795	-.873	.384
	Masculino	49	53.94	4.63				

Analisando os dados recolhidos, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas dos resultados obtidos na DS-14 entre os elementos do sexo feminino e os elementos do sexo masculino, quer na dimensão Inibição Social ( $t=.588$ ,  $p=.557$ ), como na escala total ( $t=1.310$ ,  $p=.193$ ) (cf. tabela 13).

Tabela 13. Teste t da escala DS-14 em função do gênero

DS-14	Gênero	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	P
Inibição Social	Feminino	67	13.07	5.45	3.304	.072	.588	.557
	Masculino	49	12.43	6.34				
DS-14 Total	Feminino	67	28.84	11.62	1.798	.183	1.310	.193
	Masculino	49	25.80	13.28				

Analisando os dados recolhidos, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas dos resultados obtidos na escala BORRTI-O entre os elementos do sexo feminino e os elementos do sexo masculino, (Alienação ( $t=-.601$ ,  $p=.549$ ), Vinculação Insegura ( $t=.095$ ,  $p=.924$ ),

Egocentrismo ( $t=-.814$ ,  $p=.418$ ) e Incapacidade Social ( $t=-1.934$ ,  $p=.057$ ) (cf. tabela 14).

**Tabela 14. Teste t da escala BORRTI-O em função do gênero**

BORRTI-O	Gênero	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Alienação	Feminino	67	1.18	.39	1.422	.235	-.601	.549
	Masculino	49	1.22	.42				
Vinculação Insegura	Feminino	67	1.15	.36	.037	.849	.095	.924
	Masculino	49	1.14	.35				
Egocentrismo	Feminino	67	1.16	.37	2.60	.109	-.814	.418
	Masculino	49	1.22	.42				
Incapacidade Total	Feminino	67	1.10	.31	17.15	.000	-1.934	.057
	Masculino	49	1.24	.43				
BORRTI-O Total	Feminino	67	58.39	7.26	.582	.447	-.880	.381
	Masculino	49	59.63	7.87				

### Influência da Faixa Etária

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias faixas etárias nos diferentes fatores da EVA, ou seja, os resultados em Ansiedade ( $F=1.619$ ,  $p=.149$ ), Conforto com a Proximidade ( $F=.543$ ,  $p=.774$ ) e Confiança nos Outros ( $F=.807$ ,  $p=.567$ ) não diferem nesta variável (cf. tabela 15).

**Tabela 15. ANOVA – EVA e diferentes grupos etários.**

EVA	df	F	Sig.
Ansiedade	6	1.619	.149
Conforto com a Proximidade	6	.543	.774
Confiança nos Outros	6	.807	.567
EVA total	6	.410	.871

Analisando os resultados obtidos, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos etários na dimensão Inibição Social ( $F=1.619$ ,  $p=.169$ ) (cf. tabela 16).

**Tabela 16. ANOVA – DS14 e Faixa etária.**

DS-14	df	F	Sig.
Inibição Social	6	1.619	.169
DS-14 total	6	.543	.133

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários nos fatores do BORRTI-O, ou seja, Alienação ( $F=.793$ ,  $p=.577$ ), Vinculação Insegura ( $F=1.838$ ,  $p=.098$ ), Egocentrismo ( $F=1.532$ ,  $p=.174$ ) e Incapacidade Social ( $F=.544$ ,  $p=.774$ ) não apresentam diferenças significativas nos resultados das várias faixas etárias (cf. tabela 17).

Tabela 17. ANOVA – BORRTI-O e Faixa Etária

BORRTI-O	Df	F	Sig.
Alienação	6	.793	.577
Vinculação Insegura	6	1.838	.098
Egocentrismo	6	1.532	.174
Incapacidade Social	6	.544	.774
<b>BORRTI-O Total</b>	6	1.280	.272

### Influência do Estado Civil

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis quanto aos fatores da EVA, ou seja, Ansiedade ( $F=1.537$ ,  $p=.196$ ), Conforto com a Proximidade ( $F=.373$ ,  $p=.828$ ) e Confiança nos Outros ( $F=.448$ ,  $p=.773$ ) não apresentam oscilações estatisticamente significativas (cf. tabela 18).

Tabela 18. ANOVA – EVA e Estado Civil

EVA	Df	F	Sig.
Ansiedade	4	1.537	.196
Conforto com a Proximidade	4	.373	.828
Confiança nos Outros	4	.448	.773
<b>EVA total</b>	4	1.023	.399

Analisando os resultados obtidos, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos criados para o Estado Civil na dimensão Inibição Social ( $F=.775$ ,  $p=.543$ ) (cf. tabela 19).

Tabela 19. ANOVA – DS14 e Estado Civil

DS-14	Df	F	Sig.
Inibição Social	4	.775	.543
<b>DS-14 total</b>	4	1.134	.344

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis nos fatores do BORRTI-O, ou seja, Alienação ( $F=.462$ ,  $p=.763$ ), Vinculação Insegura ( $F=.318$ ,  $p=.866$ ), Egocentrismo ( $F=.539$ ,  $p=.708$ ) e Incapacidade Social ( $F=.442$ ,  $p=.778$ ) não apresentam diferenças significativas nos resultados do estado civil (cf. tabela 20).

Tabela 20: ANOVA BORRTI-O e Estado Civil

BORRTI-O	df	F	Sig.
Alienação	4	.462	.763
Vinculação Insegura	4	.318	.866
Egocentrismo	4	.539	.708
Incapacidade Social	4	.442	.778
<b>BORRTI-O Total</b>	4	.405	.805

### Habilitações Literárias

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 21), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes habilitações literárias dos sujeitos nos fatores da EVA, Ansiedade ( $F=1.199$ ,  $p=.312$ ), Conforto com a Proximidade ( $F=.788$ ,  $p=.581$ ) e Confiança nos Outros ( $F=.854$ ,  $p=.531$ ).

**Tabela 21. ANOVA – EVA e Habilitações Literárias**

EVA	df	F	Sig.
Ansiedade	6	1.199	.312
Conforto com a Proximidade	6	.788	.581
Confiança nos Outros	6	.854	.531
EVA total	6	.787	.582

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 22), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da dimensão Inibição Social ( $F=.844$ ,  $p=.539$ ) no que respeita às diferentes habilitações literárias.

**Tabela 22. ANOVA – DS14 e Habilitações Literárias**

DS-14	df	F	Sig.
Inibição Social	6	.844	.539
DS-14 total	6	.984	.440

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 23), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos em alguns dos fatores do BORRTI-O no que concerne às diferentes habilitações literárias, Alienação ( $F=2.094$ ,  $p=.060$ ) e Incapacidade Social ( $F=1.802$ ,  $p=.105$ ). Já as dimensões Vinculação Insegura ( $F=2.643$ ,  $p=.020$ ) e Egocentrismo ( $F=2.637$ ,  $p=.020$ ) apresentam valores estatisticamente diferentes nos vários grupos de habilitações literárias. É possível inferir que a forma como os psoriáticos inquiridos estabelecem relações objetivas ( $F=2.331$ ,  $p=.037$ ) difere nas várias habilitações literárias. Assim, os sujeitos com 2º ( $M=35$ ) e 3º Ciclos ( $M=32.30$ ) parecem apresentar valores mais elevados na dimensão Vinculação Insegura do que os sujeitos que apresentam mais escolaridade. O mesmo parece verificar-se na dimensão Egocentrismo, na qual os sujeitos com menor escolaridade – 2º Ciclo ( $M=31$ ) e 3º Ciclo ( $M=30.90$ ) - tem pontuação superior aos restantes sujeitos. Já na escala total, os sujeitos com 2º Ciclo ( $M=65$ ) e ensino secundário ( $M=61.28$ ) apresentam valores mais elevados (*cf.* Anexo 4).

**Tabela 23. ANOVA – BORRTI-O e Habilitações Literárias**

BORRTI-O	df	F	Sig.
Alienação	6	2.094	.060
Vinculação Insegura	6	2.643	.020
Egocentrismo	6	2.637	.020
Incapacidade Social	6	1.802	.105
BORRTI-O Total	6	2.331	.037

### Situação Laboral

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 24), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes situações laborais quanto aos resultados obtidos nos fatores da EVA, Ansiedade ( $F=.785$ ,  $p=.537$ ), Conforto com a Proximidade ( $F=.425$ ,  $p=.790$ ) e Confiança nos Outros ( $F=1.252$ ,  $p=.293$ ).

**Tabela 24. ANOVA – EVA e Situação Laboral**

EVA	Df	F	Sig.
Ansiedade	4	.785	.537
Conforto com a Proximidade	4	.425	.790
Confiança nos Outros	4	1.252	.293
EVA total	4	.501	.735

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 25), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas várias situações laborais na dimensão Inibição Social ( $F=.901$ ,  $p=.466$ ) da escala DS-14.

**Tabela 25. ANOVA – DS14 e Situação Laboral**

DS-14	Df	F	Sig.
Inibição Social	4	.901	.466
DS-14 total	4	.895	.470

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 26), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em alguns dos diferentes fatores do BORRTI-O quanto à situação laboral dos sujeitos, ou seja, Alienação ( $F=1.908$   $p=.114$ ), Egocentrismo ( $F=2.348$ ,  $p=.059$ ) e Incapacidade Social ( $F=1.847$   $p=.125$ ). Porém, o fator Vinculação Insegura ( $F=3.119$ ,  $p=.018$ ) apresenta diferenças estatisticamente significativas nos diferentes grupos da situação laboral. Na dimensão Vinculação Insegura, os sujeitos com pontuação mais elevada são aqueles que se encontram desempregados ( $M=33.10$ ) ou que são reformados/pensionistas ( $M=33.18$ ) (*cf.* Anexo 5).

**Tabela 26. ANOVA – BORRTI-O e Situação Laboral**

BORRTI-O	Df	F	Sig.
Alienação	4	1.908	.114
Vinculação Insegura	4	3.119	.018
Egocentrismo	4	2.348	.059
Incapacidade Social	4	1.847	.125
BORRTI-O Total	4	2.455	.050

## 4.2. Variáveis de tratamento

### Influência do estado atual da doença

Analisando os resultados relativos à Escala de Vinculação no Adulto (*cf.* tabela 27), podemos concluir que só existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (estado controlado ou em crise da doença) no fator Ansiedade ( $t=2.038$ ,  $p=.044$ ), pode ainda observar-se que os sujeitos em crise ( $M=2.53$ ,  $DP=1.05$ ) pontuam mais do que os que têm a doença controlada ( $M=2.16$ ,  $DP=.85$ ). Nos restantes fatores, Conforto com a Proximidade ( $t=-1.782$ ,  $p=.077$ ) e Confiança nos Outros ( $t=-1.713$ ,  $p=.093$ ), tais diferenças não se verificam.

**Tabela 27. Teste-t da escala EVA em função do estado atual da doença**

EVA	Estado atual da doença	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Ansiedade	Em crise	36	2.53	1.05	3.375	.073	2.038	.044
	Controlada	80	2.16	.85				
Conforto com a Proximidade	Em crise	36	2.64	.47	.969	.327	-1.782	.077
	Controlada	80	2.83	.55				
Confiança nos Outros	Em crise	36	3.02	.79	4.751	.031	-1.713	.093
	Controlada	80	3.27	.54				
EVA total	Em crise	36	52.92	4.33	1.012	.317	-.794	.429
	Controlada	80	53.71	5.26				

Analisando os resultados obtidos face à escala DS-14 (*cf.* tabela 28), podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (estado controlado ou em crise da doença) no fator Inibição Social ( $t=2.538$ ,  $p=.020$ ), assim como na escala global ( $t=2.523$ ,  $p=.013$ ). Em ambas as situações, o grupo de psoriáticos em crise ( $M=14.67$ ,  $DP=5.35$  e  $M=31.78$ ,  $DP=12.56$ ) pontua mais.

**Tabela 28: Teste-t da escala DS-14 em função do estado atual da doença**

DS-14	Estado atual da doença	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Inibição Social	Em crise	36	14.67	5.35	.662	.418	2.538	.020
	Controlada	80	11.96	5.87				
DS-14 Total	Em crise	36	31.78	12.56	.080	.778	2.523	.013
	Controlada	80	25.65	12.03				

Analisando os resultados relativos à escala BORRTI-O (*cf.* tabela 29), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (estado controlado ou em crise da doença) em todas as dimensões da escala: Alienação ( $t=1.461$ ,  $p=.147$ ), Vinculação Insegura ( $t=1.021$ ,  $p=.309$ ), Egocentrismo ( $t=1.166$ ,  $p=.246$ ) e Incapacidade Social ( $t=.863$ ,  $p=.390$ ).

Tabela 29. Teste-t da escala BORRTI-O em função do estado atual da doença

BORRTI-O	Estado atual da doença	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Alienação	Em crise	36	39.33	5.93	.079	.780	1.461	.147
	Controlada	80	37.60	5.90				
Vinculação Insegura	Em crise	36	31.08	4.02	1.569	.213	1.021	.309
	Controlada	80	30.21	4.35				
Egocentrismo	Em crise	36	29.67	4.02	.813	.363	1.166	.246
	Controlada	80	28.70	4.18				
Incapacidade Social	Em crise	36	19.06	2.95	.869	.353	.863	.390
	Controlada	80	18.51	3.22				
BORRTI-O Total	Em crise	36	60.11	7.37	.463	.498	1.153	.252
	Controlada	80	58.38	7.57				

### Influência do tempo de convivência com a doença

Analisando os resultados relativos à escala EVA (*cf.* tabela 30), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (tempo de convivência com a doença inferior a 10 anos ou convivência igual ou superior a 10 anos) em todas as dimensões da escala, Ansiedade ( $t=-.366$ ,  $p=.715$ ), Conforto com a Proximidade ( $t=.556$ ,  $p=.579$ ) e Confiança nos Outros ( $t=.996$ ,  $p=.321$ ).

Tabela 30. Teste-t da escala EVA em função do tempo de convivência com a doença

EVA	Tempo de convivência	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Ansiedade	Até 9 anos	82	2.25	.95	.478	.491	-.366	.715
	10 anos ou mais	34	2.32	.87				
Conforto com a Proximidade	Até 9 anos	82	2.79	.54	1.680	.198	.556	.579
	10 anos ou mais	34	2.73	.51				
Confiança nos Outros	Até 9 anos	82	3.23	.66	.260	.611	.996	.321
	10 anos ou mais	34	3.10	.57				
EVA total	Até 9 anos	82	53.62	5.12	.001	.974	.523	.602
	10 anos ou mais	34	53.09	4.69				

Analisando os dados recolhidos (*cf.* tabela 31), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas dos resultados obtidos na DS-14 entre os sujeitos com tempo de convivência com a doença inferior a 10 anos ou convivência igual ou superior a 10 anos, quer na dimensão Inibição Social ( $t=.288$ ,  $p=.774$ ), como na escala total ( $t=.045$ ,  $p=.964$ ).

Tabela 31. Teste-t da escala DS-14 em função do tempo de convivência com a doença

DS-14	Tempo de convivência	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	P
	Até 9 anos	82	12.90	5.63	1.134	.289	.288	.774

Inibição Social	10 anos ou mais	34	12.56	6.36				
	Até 9 anos	82	27.59	12.30	.021	.885	.045	.964
DS-14 Total	10 anos ou mais	34	27.47	12.76				

Analisando os resultados relativos à escala BORRTI-O (*cf.* tabela 32), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (tempo de convivência com a doença inferior a 10 anos ou convivência igual ou superior a 10 anos) em todas as dimensões da escala, Alienação ( $t=-.868$ ,  $p=.357$ ), Vinculação Insegura ( $t=-1.502$ ,  $p=.139$ ), Egocentrismo ( $t=-1.688$ ,  $p=.097$ ) e Incapacidade Social ( $t=-1.428$ ,  $p=.156$ ).

**Tabela 32. Teste-t da escala BORRTI-O em função do tempo de convivência com a doença**

BORRTI-O	Tempo de convivência	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	P	t	p
Alienação	Até 9 anos	82	37.83	5.79	.820	.367	-.868	.357
	10 anos ou mais	34	38.88	6.29				
Vinculação Insegura	Até 9 anos	82	30.06	3.85	4.779	.031	-1.502	.139
	10 anos ou mais	34	31.50	5.00				
Egocentrismo	Até 9 anos	82	28.55	3.81	4.264	.041	-1.688	.097
	10 anos ou mais	34	30.09	4.72				
Incapacidade Social	Até 9 anos	82	18.41	2.94	1.955	.165	-1.428	.156
	10 anos ou mais	34	19.32	3.53				
BORRTI-O Total	Até 9 anos	82	58.28	7.02	2.992	.086	-1.415	.160
	10 anos ou mais	34	60.44	8.52				

### Influência do recurso a tratamento médico

Analisando os resultados relativos à escala EVA (*cf.* tabela 33), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (faz tratamento médico e não faz tratamento médico) em todas as dimensões da escala, Ansiedade ( $t=-.197$ ,  $p=.844$ ), Conforto com a Proximidade ( $t=.744$ ,  $p=.458$ ) e Confiança nos Outros ( $t=1.051$ ,  $p=.295$ ).

**Tabela 33. Teste-t da escala EVA em função do tratamento médico**

EVA	Tratamento médico	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Ansiedade	Sim	84	2.26	.87	3.917	0.50	-.197	.844
	Não	32	2.30	1.07				
Conforto com a Proximidade	Sim	84	2.79	.53	.508	.477	.744	.458
	Não	32	2.71	.58				
Confiança nos Outros	Sim	84	3.23	.58	1.472	.227	1.051	.295
	Não	32	3.09	.75				
EVA total	Sim	84	53.79	4.96	.003	.956	1.164	.247

---

Não      32    52.59    5.02

---

Analisando os dados recolhidos (*cf.* tabela 34), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas dos resultados obtidos na DS-14 entre os sujeitos que fazem tratamento médico e os que não fazem tratamento médico, quer na dimensão Inibição Social ( $t=-.724$ ,  $p=.471$ ), como na escala total ( $t=-.307$ ,  $p=.760$ ).

**Tabela 34. Teste-t da escala DS-14 em função do tratamento médico**

DS-14	Tratamento médico	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	P
Inibição Social	Sim	84	12.56	5.69	.769	.382	-.724	.471
	Não	32	13.44	6.22				
DS-14 Total	Sim	84	27.33	12.07	.353	.554	-.307	.760
	Não	32	28.13	13.35				

Analisando os resultados relativos à escala BORRTI-O (*cf.* tabela 35), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (faz tratamento médico e não faz tratamento médico) em todas as dimensões da escala, Alienação ( $t=.049$ ,  $p=.961$ ), Vinculação Insegura ( $t=-.124$ ,  $p=.901$ ), Egocentrismo ( $t=.450$ ,  $p=.653$ ) e Incapacidade Social ( $t=-.080$ ,  $p=.937$ ).

**Tabela 35. Teste-t BORRTI-O e Tratamento médico**

BORRTI-O	Tratamento médico	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	P
Alienação	Sim	84	38.15	5.92	.288	.593	.049	.961
	Não	32	38.09	6.08				
Vinculação Insegura	Sim	84	30.45	4.32	.024	.877	-.124	.901
	Não	32	30.56	4.12				
Egocentrismo	Sim	84	29.11	4.08	.056	.814	.450	.653
	Não	32	28.72	4.33				
Incapacidade Social	Sim	84	18.67	3.21	.208	.649	-.080	.937
	Não	32	18.72	2.98				
BORRTI-O Total	Sim	84	59.01	7.59	.025	.874	.227	.821
	Não	32	58.66	7.43				

### **Influência do recurso a técnicas coadjuvantes de tratamento**

Analisando os resultados relativos à escala EVA (*cf.* tabela 36), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (recorreu ou não a técnicas coadjuvantes ao tratamento médico) em todas as dimensões da escala, Ansiedade ( $t=.574$ ,  $p=.567$ ), Conforto com a Proximidade ( $t=-.741$ ,  $p=.460$ ) e Confiança nos Outros ( $t=-.342$ ,  $p=.733$ ).

Tabela 36. Teste-t da escala EVA em função das Técnicas coadjuvantes

EVA	Técnicas Coadjuvantes	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Ansiedade	Sim	41	2.34	.96	.008	.927	.574	.567
	Não	75	2.24	.91				
Conforto com a Proximidade	Sim	41	2.72	.52	.268	.605	-.741	.460
	Não	75	2.80	.54				
Confiança nos Outros	Sim	41	3.17	.67	.659	.419	-.342	.733
	Não	75	3.21	.62				
EVA total	Sim	41	53.29	5.24	.020	.888	-.275	.784
	Não	75	53.56	4.88				

Analisando os dados recolhidos (*cf.* tabela 37), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas dos resultados obtidos na DS-14 entre os sujeitos que recorrem ou não recorrem a técnicas coadjuvantes de tratamento, quer na dimensão Inibição Social ( $t=1.005$ ,  $p=.317$ ), como na escala total ( $t=1.184$ ,  $p=.239$ ).

Tabela 37. Teste-t da escala DS-14 em função das Técnicas coadjuvantes

DS-14	Técnicas Coadjuvantes	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Inibição Social	Sim	41	13.54	5.58	.664	.417	1.005	.317
	Não	75	12.40	5.95				
DS-14 Total	Sim	41	29.39	12.12	.404	.526	1.184	.239
	Não	75	26.55	12.49				

Analisando os resultados relativos à escala BORRTI-O (*cf.* tabela 38), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (recorreu ou não a técnicas coadjuvantes ao tratamento médico) em todas as dimensões da escala, Alienação ( $t=.239$ ,  $p=.911$ ), Vinculação Insegura ( $t=.146$ ,  $p=.884$ ), Egocentrismo ( $t=-.281$ ,  $p=.780$ ) e Incapacidade Social ( $t=.747$ ,  $p=.457$ ).

Tabela 38. Teste-t da escala BORRTI-O em função das Técnicas coadjuvantes

BORRTI-O	Técnicas Coadjuvantes	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Alienação	Sim	41	38.32	5.85	.116	.734	.239	.811
	Não	75	38.04	6.03				
Vinculação Insegura	Sim	41	30.56	3.94	.368	.245	.146	.884
	Não	75	30.44	4.44				
Egocentrismo	Sim	41	28.85	3.65	.632	.428	-	.780
	Não	75	29.08	4.40				
Incapacidade Social	Sim	41	18.98	2.82	1.367	.245	.747	.457
	Não	75	18.52	3.30				

<b>BORRTI-O</b>	Sim	41	59.09	6.96				
<b>Total</b>	Não	75	58.81	7.85	.763	.384	.194	.847

### Influência do relacionamento de algum acontecimento stressante

Analisando os resultados relativos à Escala de Vinculação no Adulto (*cf.* tabela 39), podemos concluir que só existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (sujeitos que relacionam o aparecimento da psoríase com um acontecimento de vida stressante e sujeitos que não estabelecem esta relação) no fator Confiança nos Outros ( $t=-2.321$ ,  $p=.022$ ), pode ainda observar-se que os sujeitos que não relacionam eventos stressantes ao surgimento da doença ( $M=3.33$ ,  $DP=.60$ ) tendem a pontuar mais do que os que fazem esta relação ( $M=3.06$ ,  $DP=.64$ ). Nos restantes fatores, Ansiedade ( $t=.128$ ,  $p=.898$ ) e Conforto com a Proximidade ( $t=-1.566$ ,  $p=.120$ ), tais diferenças não se verificam.

**Tabela 39. Teste-t EVA e Relacionamento com algum acontecimento stressante**

EVA	Relaciona evento stressante	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	P
Ansiedade	Sim	59	2.29	.91	.006	.941	.128	.898
	Não	57	2.26	.95				
Conforto com a Proximidade	Sim	59	2.69	.53	.074	.786	-1.566	.120
	Não	57	2.85	.53				
Confiança nos Outros	Sim	59	3.06	.64	.491	.485	-2.321	.022
	Não	57	3.33	.60				
EVA total	Sim	59	52.31	5.32	.558	.457	-2.613	.010
	Não	57	54.67	4.35				

Analisando os dados recolhidos (*cf.* tabela 40), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas dos resultados obtidos na DS-14 entre os sujeitos que associam o surgimento da doença a um evento de vida stressante e aqueles que não fazem esta associação na dimensão Inibição Social ( $t=1.658$ ,  $p=.100$ ), como na escala total ( $t=.786$ ,  $p=.433$ ).

**Tabela 40: Teste-t da escala DS-14 em função do Relacionamento com algum acontecimento stressante**

DS-14	Relaciona evento stressante	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	P
Inibição Social	Sim	59	15.92	7.78	.029	.864	1.658	.100
	Não	57	13.54	7.62				
DS-14 Total	Sim	59	13.22	5.89	.001	.979	.786	.433
	Não	57	12.37	5.78				

Analisando os resultados relativos à escala BORRTI-O (*cf.* tabela 41), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (sujeitos que relacionam o aparecimento da psoríase com

um acontecimento de vida stressante e sujeitos que não estabelecem esta relação) em todas as dimensões da escala, Alienação ( $t=.713$ ,  $p=.477$ ), Vinculação Insegura ( $t=.502$ ,  $p=.617$ ), Egocentrismo ( $t=.358$ ,  $p=.721$ ) e Incapacidade Social ( $t=.877$ ,  $p=.382$ ).

**Tabela 41. Teste-t da escala BORRTI-O em função do Relacionamento com algum acontecimento stressante**

BORRTI-O	Relaciona evento stressante	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	p	t	p
Alienação	Sim	59	38.53	6.22	.345	.558	.713	.477
	Não	57	37.74	5.66				
Vinculação Insegura	Sim	59	30.68	4.16	.329	.567	.502	.617
	Não	57	30.28	4.37				
Egocentrismo	Sim	59	29.14	4.26	.187	.667	.358	.721
	Não	57	28.56	4.05				
Incapacidade Social	Sim	59	18.93	3.29	.602	.440	.877	.382
	Não	57	18.42	2.97				
BORRTI-O Total	Sim	59	59.51	7.77	.241	.624	.866	.388
	Não	57	58.29	7.27				

### Influência do tipo de evento stressante relacionado

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 42), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes eventos relacionados pelos sujeitos nos fatores da EVA, Ansiedade ( $F=.203$ ,  $p=.960$ ), Conforto com a Proximidade ( $F=.210$ ,  $p=.957$ ) e Confiança nos Outros ( $F=.337$ ,  $p=.888$ ).

**Tabela 42. ANOVA – EVA e tipo de evento relacionado**

EVA	df	F	Sig.
Ansiedade	5	.203	.960
Conforto com a Proximidade	5	.210	.957
Confiança nos Outros	5	.337	.888
EVA total	5	.383	.858

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 43), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da dimensão Inibição Social ( $F=.741$ ,  $p=.597$ ) no que respeita aos diferentes tipos de eventos relacionados com o surgimento da doença.

**Tabela 43. ANOVA – DS14 e tipo de evento relacionado**

DS-14	Df	F	Sig.
Inibição Social	5	.741	.597
DS-14 total	5	.636	.673

Analisando os resultados obtidos (*cf.* tabela 44), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos nos fatores do BORRTI-O no que concerne aos diferentes eventos associados ao surgimento da doença, Alienação ( $F=.897$ ,  $p=.490$ ), Vinculação Insegura ( $F=1.306$ ,  $p=.277$ ), Egocentrismo ( $F=.898$ ,  $p=.490$ ) e Incapacidade Social ( $F=.674$ ,  $p=.645$ ).

**Tabela 44. ANOVA – BORRTI-O e tipo de evento relacionado**

BORRTI-O	Df	F	Sig.
Alienação	5	.897	.490
Vinculação Insegura	5	1.306	.277
Egocentrismo	5	.898	.490
Incapacidade Social	5	.674	.645
<b>BORRTI-O Total</b>	5	1.058	.395

Analisando os resultados obtidos através da comparação de médias (*cf.* tabela 45), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (valores patológicos no fator Alienação da BORRTI-O, ou valores não patológicos), no que diz respeito às diferentes variáveis sociodemográficas e de tratamento. Assim, os valores de patologia na Alienação não variam face ao gênero ( $t=-.601$ ,  $p=.549$ ), faixa etária ( $t=1.420$ ,  $p=.158$ ), estado civil ( $t=-1.600$ ,  $p=.117$ ), habilitações literárias ( $t=1.158$ ,  $p=.249$ ), situação laboral ( $t=-.552$ ,  $p=.582$ ), estado atual da doença ( $t=.933$ ,  $p=.353$ ), tempo de convivência com a doença ( $t=-.639$ ,  $p=.524$ ), tratamento médico ( $t=-.858$ ,  $p=.393$ ), recurso a técnicas coadjuvantes/alternativas ao tratamento médico ( $t=-.546$ ,  $p=.586$ ), relacionar o surgimento da doença com algum evento de vida stressante ( $t=1.073$ ,  $p=.291$ ), e face ao tipo de evento relacionado ( $t=1.473$ ,  $p=.146$ ).

**Tabela 45. Comparação das médias dos grupos com patologia e sem patologia no fator Alienação do BORRTI-O face às variáveis sociodemográficas e de tratamento.**

	Alienação	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	P	t	p
<b>Gênero</b>	Não Patológico	93	1.41	.49	.686	.409	-.601	.549
	Patológico	23	1.48	.51				
<b>Faixa Etária</b>	Não Patológico	93	3.69	1.32	.058	.809	1.420	.158
	Patológico	23	3.26	1.36				
<b>Estado Civil</b>	Não Patológico	93	2.02	1.18	5.638	.019	-1.600	.117
	Patológico	23	2.39	.94				
<b>Habilitações Literárias</b>	Não Patológico	93	4.56	.98	2.028	.157	1.158	.249
	Patológico	23	4.30	.77				
<b>Situação Laboral</b>	Não Patológico	93	2.35	.96	.085	.772	-.552	.582
	Patológico	23	2.48	.95				
<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	93	1.71	.46	2.395	.124	.933	.353
	Patológico	23	1.61	.50				
	Não Patológico	93	1.28	.45	1.319	.253	-.639	.524

Tempo de convivência com a doença									
	Patológico	23	1.35	.49					
<b>Tratamento médico</b>	Não Patológico	93	1.26	.44	2.262	.135	-.858	.393	
	Patológico	23	1.35	.49					
<b>Recurso a técnicas coadjuvantes</b>	Não Patológico	93	1.63	.48	1.491	.225	-.546	.586	
	Patológico	23	1.70	.47					
<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	93	1.52	.50	3.966	.049	1.073	.291	
	Patológico	23	1.39	.50					
<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	93	3.21	1.99	1.324	.255	1.473	.146	
	Patológico	23	2.31	1.70					

Analisando os resultados obtidos através da comparação de médias (cf. tabela 46), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (valores patológicos no fator Vinculação Insegura da BORRTI-O, ou valores não patológicos), no que diz respeito às diferentes variáveis sociodemográficas e de tratamento. Assim, os valores de patologia na Vinculação Insegura não variam face ao gênero ( $t=.095$ ,  $p=.924$ ), faixa etária ( $t=-.708$ ,  $p=.480$ ), estado civil ( $t=.140$ ,  $p=.889$ ), habilitações literárias ( $t=1.577$ ,  $p=.118$ ), situação laboral ( $t=-.698$ ,  $p=.486$ ), estado atual da doença ( $t=-1.472$ ,  $p=.154$ ), tratamento médico ( $t=-.181$ ,  $p=.857$ ), recurso a técnicas coadjuvantes/alternativas ao tratamento médico ( $t=-.005$ ,  $p=.996$ ), relacionar o surgimento da doença com algum evento de vida stressante ( $t=.184$ ,  $p=.854$ ), e face ao tipo de evento relacionado ( $t=.194$ ,  $p=.847$ ). O mesmo não se verifica quanto ao tempo de convivência com a doença ( $t=-3.634$ ,  $p=.000$ ), cujas médias parecem variar de forma estatisticamente significativa. Tem-se, então, que os sujeitos com psoríase há menos de 10 anos pontuam menos na patologia ( $M=1.07$ ,  $DP=.26$ ) do que aqueles que convivem com a doença há mais 10 anos ( $M=1.32$ ,  $DP=.47$ ) (cf. Anexo 6).

**Tabela 46. Comparação das médias dos grupos com patologia e sem patologia no fator Vinculação Insegura do BORRTI-O face às variáveis sociodemográficas e de tratamento.**

	Vinculação Insegura	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	P	t	p
<b>Gênero</b>	Não Patológico	99	1.42	.49	.041	.841	.095	.924
	Patológico	17	1.41	.51				
<b>Faixa Etária</b>	Não Patológico	99	3.58	1.30	2.008	.159	-.708	.480
	Patológico	17	3.82	1.51				
<b>Estado Civil</b>	Não Patológico	99	2.10	1.16	.242	.624	.140	.889
	Patológico	17	2.06	1.09				
<b>Habilitações Literárias</b>	Não Patológico	99	4.57	.96	1.862	.175	1.577	.118
	Patológico	17	4.18	.81				
<b>Situação Laboral</b>	Não Patológico	99	2.35	.93	2.025	.157	-.698	.486
	Patológico	17	2.53	1.13				

<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	99	1.67	.47	11.244	.001	-1.472	.154																																																												
	Patológico	17	1.82	.39					<b>Tempo de convivência com a doença</b>	Não Patológico	99	1.23	.42	3.068	.083	-3.634	.000	Patológico	17	1.65	.49	<b>Tratamento médico</b>	Não Patológico	99	1.27	.45	.122	.728	-.181	.857	Patológico	17	1.29	.47	<b>Recurso a técnicas coadjuvantes</b>	Não Patológico	99	1.65	.48	.000	.993	-.005	.996	Patológico	17	1.65	.49	<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	99	1.49	.50	.271	.603	.184	.854	Patológico	17	1.47	.51	<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	99	3.02	2.02	1.178	.283	.194
<b>Tempo de convivência com a doença</b>	Não Patológico	99	1.23	.42	3.068	.083	-3.634	.000																																																												
	Patológico	17	1.65	.49					<b>Tratamento médico</b>	Não Patológico	99	1.27	.45	.122	.728	-.181	.857	Patológico	17	1.29	.47	<b>Recurso a técnicas coadjuvantes</b>	Não Patológico	99	1.65	.48	.000	.993	-.005	.996	Patológico	17	1.65	.49	<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	99	1.49	.50	.271	.603	.184	.854	Patológico	17	1.47	.51	<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	99	3.02	2.02	1.178	.283	.194	.847	Patológico	17	2.88	1.64								
<b>Tratamento médico</b>	Não Patológico	99	1.27	.45	.122	.728	-.181	.857																																																												
	Patológico	17	1.29	.47					<b>Recurso a técnicas coadjuvantes</b>	Não Patológico	99	1.65	.48	.000	.993	-.005	.996	Patológico	17	1.65	.49	<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	99	1.49	.50	.271	.603	.184	.854	Patológico	17	1.47	.51	<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	99	3.02	2.02	1.178	.283	.194	.847	Patológico	17	2.88	1.64																					
<b>Recurso a técnicas coadjuvantes</b>	Não Patológico	99	1.65	.48	.000	.993	-.005	.996																																																												
	Patológico	17	1.65	.49					<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	99	1.49	.50	.271	.603	.184	.854	Patológico	17	1.47	.51	<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	99	3.02	2.02	1.178	.283	.194	.847	Patológico	17	2.88	1.64																																		
<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	99	1.49	.50	.271	.603	.184	.854																																																												
	Patológico	17	1.47	.51					<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	99	3.02	2.02	1.178	.283	.194	.847	Patológico	17	2.88	1.64																																															
<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	99	3.02	2.02	1.178	.283	.194	.847																																																												
	Patológico	17	2.88	1.64																																																																

Analisando os resultados obtidos através da comparação de médias (cf. tabela 47), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (valores patológicos no fator Egocentrismo da BORRTI-O, ou valores não patológicos), no que diz respeito às diferentes variáveis sociodemográficas e de tratamento. Assim, os valores de patologia na dimensão Egocentrismo não variam face ao género ( $t=-.814$ ,  $p=.418$ ), faixa etária ( $t=-.519$ ,  $p=.608$ ), estado civil ( $t=.018$ ,  $p=.986$ ), habilitações literárias ( $t=1.559$ ,  $p=.122$ ), situação laboral ( $t=-1.406$ ,  $p=.163$ ), estado atual da doença ( $t=-.420$ ,  $p=.675$ ), tempo de convivência com a doença ( $t=-1.693$ ,  $p=.101$ ), tratamento médico ( $t=.036$ ,  $p=.971$ ), recurso a técnicas coadjuvantes/alternativas ao tratamento médico ( $t=.110$ ,  $p=.913$ ), relacionar o surgimento da doença com algum evento de vida stressante ( $t=.381$ ,  $p=.704$ ), e face ao tipo de evento relacionado ( $t=1.940$ ,  $p=.058$ ).

**Tabela 47. Comparação das médias dos grupos com patologia e sem patologia no fator Egocentrismo do BORRTI-O face às variáveis sociodemográficas e de tratamento.**

	Egocentrismo	N	M	DP	Homogeneidade		t-test																																																													
					Levene	P	t	p																																																												
<b>Género</b>	Não Patológico	94	1.40	.49	.823	.366	-.814	.418																																																												
	Patológico	22	1.50	.51					<b>Faixa Etária</b>	Não Patológico	94	3.57	1.24	7.419	.007	-.519	.608	Patológico	22	3.77	1.69	<b>Estado Civil</b>	Não Patológico	94	2.10	1.17	2.610	.109	.018	.986	Patológico	22	2.09	1.02	<b>Habilitações Literárias</b>	Não Patológico	94	4.57	.99	2.216	.139	1.559	.122	Patológico	22	4.23	.75	<b>Situação Laboral</b>	Não Patológico	94	2.32	.93	1.996	.160	-1.406	.163	Patológico	22	2.64	1.05	<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	94	1.68	.47	.816	.368	-.420
<b>Faixa Etária</b>	Não Patológico	94	3.57	1.24	7.419	.007	-.519	.608																																																												
	Patológico	22	3.77	1.69					<b>Estado Civil</b>	Não Patológico	94	2.10	1.17	2.610	.109	.018	.986	Patológico	22	2.09	1.02	<b>Habilitações Literárias</b>	Não Patológico	94	4.57	.99	2.216	.139	1.559	.122	Patológico	22	4.23	.75	<b>Situação Laboral</b>	Não Patológico	94	2.32	.93	1.996	.160	-1.406	.163	Patológico	22	2.64	1.05	<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	94	1.68	.47	.816	.368	-.420	.675	Patológico	22	1.73	.46								
<b>Estado Civil</b>	Não Patológico	94	2.10	1.17	2.610	.109	.018	.986																																																												
	Patológico	22	2.09	1.02					<b>Habilitações Literárias</b>	Não Patológico	94	4.57	.99	2.216	.139	1.559	.122	Patológico	22	4.23	.75	<b>Situação Laboral</b>	Não Patológico	94	2.32	.93	1.996	.160	-1.406	.163	Patológico	22	2.64	1.05	<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	94	1.68	.47	.816	.368	-.420	.675	Patológico	22	1.73	.46																					
<b>Habilitações Literárias</b>	Não Patológico	94	4.57	.99	2.216	.139	1.559	.122																																																												
	Patológico	22	4.23	.75					<b>Situação Laboral</b>	Não Patológico	94	2.32	.93	1.996	.160	-1.406	.163	Patológico	22	2.64	1.05	<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	94	1.68	.47	.816	.368	-.420	.675	Patológico	22	1.73	.46																																		
<b>Situação Laboral</b>	Não Patológico	94	2.32	.93	1.996	.160	-1.406	.163																																																												
	Patológico	22	2.64	1.05					<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	94	1.68	.47	.816	.368	-.420	.675	Patológico	22	1.73	.46																																															
<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	94	1.68	.47	.816	.368	-.420	.675																																																												
	Patológico	22	1.73	.46																																																																

<b>Tempo de convivência com a doença</b>	Não Patológico	94	1.26	.44	6.280	.014	-1.693	.101
	Patológico	22	1.45	.51				
<b>Tratamento médico</b>	Não Patológico	94	1.28	.45	.005	.942	.036	.971
	Patológico	22	1.27	.46				
<b>Recurso a técnicas coadjuvantes</b>	Não Patológico	94	1.65	.48	.046	.831	.110	.913
	Patológico	22	1.64	.492				
<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	94	1.50	.503	.770	.382	.381	.704
	Patológico	22	1.45	.510				
<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	94	3.24	2.00	3.499	.067	1.940	.058
	Patológico	22	2.00	1.41				

Analisando os resultados obtidos através da comparação de médias (cf. tabela 48), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (valores patológicos no fator Incapacidade Social da BORRTI-O, ou valores não patológicos), no que diz respeito às diferentes variáveis sociodemográficas e de tratamento. Assim, os valores de patologia na dimensão Incapacidade Social não variam face à faixa etária ( $t=-.445$ ,  $p=.657$ ), estado civil ( $t=-.262$ ,  $p=.794$ ), habilitações literárias ( $t=.440$ ,  $p=.661$ ), situação laboral ( $t=-.468$ ,  $p=.640$ ), estado atual da doença ( $t=.594$ ,  $p=.554$ ), tempo de convivência com a doença ( $t=-1.339$ ,  $p=.183$ ), tratamento médico ( $t=.134$ ,  $p=.893$ ), recurso a técnicas coadjuvantes/alternativas ao tratamento médico ( $t=-.372$ ,  $p=.710$ ), relacionar o surgimento da doença com algum evento de vida stressante ( $t=1.180$ ,  $p=.249$ ), e face ao tipo de evento relacionado ( $t=-.341$ ,  $p=.734$ ). O mesmo não se verifica quando se comparam as médias face ao género ( $t=-2.037$ ,  $p=.044$ ), uma vez que apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem patologia na dimensão Incapacidade Social. Observa-se, assim, que os homens ( $M=1.24$ ,  $DP=.43$ ) pontuam mais no grau de patologia da incapacidade social do que as mulheres ( $M=1.10$ ,  $DP=.31$ ) (cf. Anexo 7).

**Tabela 48. Comparação das médias dos grupos com patologia e sem patologia no fator Incapacidade Social do BORRTI-O face às variáveis sociodemográficas e de tratamento.**

	Incapacidade Social	N	M	DP	Homogeneidade		t-test	
					Levene	P	t	p
<b>Género</b>	Não Patológico	97	1.38	.49	.048	.827	-2.037	.044
	Patológico	19	1.63	.49				
<b>Faixa Etária</b>	Não Patológico	97	3.59	1.31	.514	.475	-.445	.657
	Patológico	19	3.74	1.45				
<b>Estado Civil</b>	Não Patológico	97	2.08	1.17	2.661	.106	-.262	.794
	Patológico	19	2.16	1.02				
<b>Habilitações Literárias</b>	Não Patológico	97	4.53	.98	1.168	.282	.440	.661
	Patológico	19	4.42	.79				
	Não Patológico	97	2.36	.98	.026	.873	-.468	.640

<b>Situação Laboral</b>	Patológico	19	2.47	.84				
<b>Estado atual da doença</b>	Não Patológico	97	1.70	.46	1.076	.302	.594	.554
	Patológico	19	1.63	.49				
<b>Tempo de convivência com a doença</b>	Não Patológico	97	1.27	.46	3.893	.051	-1.339	.183
	Patológico	19	1.42	.51				
<b>Tratamento médico</b>	Não Patológico	97	1.28	.45	.076	.784	.134	.893
	Patológico	19	1.26	.45				
<b>Recurso a técnicas coadjuvantes</b>	Não Patológico	97	1.64	.48				
	Patológico	19	1.68	.48	.671	.414	-.372	.710
<b>Relaciona evento stressante ao surgimento</b>	Não Patológico	97	1.52	.50	6.413	.013	1.180	.249
	Patológico	19	1.37	.49				
<b>Tipo de evento relacionado</b>	Não Patológico	97	2.96	1.99	.138	.712	-.341	.734
	Patológico	19	3.18	1.89				

#### 4.3. Análise da relação entre as diferentes dimensões das várias escalas

Para se analisar as relações entre as escalas em estudo recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson.

Através da análise da tabela 49, podemos concluir que a maioria dos fatores da EVA se correlaciona de forma estatisticamente significativa com as dimensões do BORRTI-O. Têm-se, então, que a Ansiedade se encontra positivamente correlacionada com a Alienação ( $r=.466$ ,  $p=.000$ ), com a Vinculação Insegura ( $r=.224$ ,  $p=.015$ ), com o Egocentrismo ( $r=.313$ ,  $p=.001$ ), Incapacidade Social ( $r=.268$ ,  $p=.004$ ), assim como com a escala total ( $r=.468$ ,  $p=.000$ ). Já a dimensão Conforto com a Proximidade relaciona-se de forma estatisticamente significativa, mas no sentido negativo, com a Alienação ( $r=-.496$ ,  $p=.000$ ), com a Vinculação Insegura ( $r=-.307$ ,  $p=.001$ ), com o Egocentrismo ( $r=-.417$ ,  $p=.000$ ), com a Incapacidade Social  $r=-.442$ ,  $p=.000$ ) e com a escala total ( $r=-.598$ ,  $p=.000$ ). O fator Confiança nos Outros relaciona-se, igualmente, de forma negativa com as dimensões Alienação ( $r=-.398$ ,  $p=.000$ ), Vinculação Insegura ( $r=-.250$ ,  $p=.007$ ), Egocentrismo ( $r=-.276$ ,  $p=.003$ ) e com a escala total do BORRTI-O ( $r=-.347$   $p=.000$ ).

Esta correlação entre as dimensões do BORRTI-O não se verifica entre a Confiança no Outros e a Incapacidade Social ( $r=-.173$ ,  $p=.063$ ) e entre a escala total da EVA e o Egocentrismo ( $r=-.164$ ,  $p=.077$ ).

**Tabela 49. Correlação de Pearson entre as dimensões da Escala de Vinculação no Adulto e as dimensões do *Bell Object Relation and Reality Testing Inventory* – Forma O**

		Ansiedade	Conforto com a proximidade	Confiança nos outros	EVA total
<b>Alienação</b>	Correlação de Pearson	.466**	-.496**	-.398**	-.212*
	Sig.	.000	.000	.000	.022

		N	116	116	116	116
<b>Vinculação Insegura</b>	Correlação de Pearson		.224*	-.307**	-.250**	-.186*
	Sig.		.015	.001	.007	.045
	N		116	116	116	116
<b>Egocentrismo</b>	Correlação de Pearson		.313**	-.417**	-.276	-.164
	Sig.		.001	.000	.003	.077
	N		116	116	116	116
<b>Incapacidade Social</b>	Correlação de Pearson		.268**	-.442**	-.173	-.173
	Sig.		.004	.000	.063	.064
	N		116	116	116	116
<b>BORRTI-O Total</b>	Correlação de Pearson		.468**	-.598**	-.347**	-.201*
	Sig.		.000	.000	.000	.031
	N		116	116	116	116

\* Correlação significativa ao nível .05

\*\* Correlação significativa ao nível .01

Através da análise da tabela 50, podemos concluir que a maioria dos fatores da EVA se correlaciona de forma estatisticamente significativa com a dimensão Inibição Social da escala DS-14. Assim, observa-se que esta dimensão encontra-se positivamente correlacionada com a Ansiedade ( $r=.587$ ,  $p=.000$ ), negativamente correlacionada com o Conforto com a Proximidade ( $r=-.610$ ,  $p=.000$ ) e igualmente negativamente correlacionada com a Confiança nos Outros ( $r=-.421$ ,  $p=.000$ ). Esta correlação estatisticamente significativa não se observa entre o resultado global da EVA e Inibição Social ( $r=-.124$ ,  $p=.185$ ) nem com resultado global da DS-14 ( $r=-.054$ ,  $p=.563$ ).

**Tabela 50. Correlação de Pearson entre as dimensões da Escala de Vinculação no Adulto e as dimensões da escala Tipo-D (DS-14)**

		Ansiedade	Conforto com a proximidade	Confiança nos outros	EVA total
<b>Inibição Social</b>	Correlação de Pearson	.587**	-.610**	-.421**	-.124
	Sig.	.000	.000	.000	.185
	N	116	116	116	116
<b>DS-14 Total</b>	Correlação de Pearson	.631**	-.521**	-.481**	-.054
	Sig.	.000	.000	.000	.563
	N	116	116	116	116

\* Correlação significativa ao nível .05

\*\* Correlação significativa ao nível .01

Através da análise da tabela 51, podemos concluir que a dimensão Inibição Social se correlaciona de forma estatisticamente significativa com as dimensões do BORRTI-O. Têm-se, então, que a Inibição Social se encontra positivamente correlacionada com a Alienação ( $r=.420$ ,  $p=.000$ ), com a Vinculação Insegura ( $r=.186$ ,  $p=.045$ ), com o Egocentrismo ( $r=.187$ ,  $p=.044$ ), Incapacidade Social ( $r=.236$ ,  $p=.011$ ), assim como com a escala total ( $r=.467$ ,  $p=.000$ ). O mesmo acontece com a escala DS-14 e a Alienação ( $r=.348$ ,  $p=.000$ ), a Incapacidade Social ( $r=.192$ ,  $p=.039$ )

Esta correlação entre as dimensões do BORRTI-O não se verifica entre a o resultado global da DS-14 e a Vinculação Insegura ( $r=.155$ ,  $p=.096$ ) e entre a escala total DS-14 e o Egocentrismo ( $r=.157$ ,  $p=.093$ ).

**Tabela 51. Correlação de Pearson entre as dimensões da escala Tipo-D (DS-14) e as dimensões do *Bell Object Relation and Reality Testing Inventory – Forma O***

		Inibição Social	DS-14 Total
<b>Alienação</b>	Correlação de Pearson	.420**	.348**
	Sig.	.000	.000
	N	116	116
<b>Vinculação Insegura</b>	Correlação de Pearson	.186*	.155
	Sig.	.045	.096
	N	116	116
<b>Egocentrismo</b>	Correlação de Pearson	.187*	.157
	Sig.	.044	.093
	N	116	116
<b>Incapacidade Social</b>	Correlação de Pearson	.236*	.192*
	Sig.	.011	.039
	N	116	116
<b>BORRTI-O Total</b>	Correlação de Pearson	.467**	.427**
	Sig.	.000	.000
	N	116	116

\* Correlação significativa ao nível .05

\*\* Correlação significativa ao nível .01

## V. Síntese dos principais resultados

**Tabela 52. Síntese dos principais resultados**

<b>Principais Resultados</b>
<b>Caracterização Sociodemográfica</b>
<b>Amostra:</b> constituída por 116 portugueses com diagnóstico de psoríase
<b>Género:</b> - 67 mulheres (57.8%) - 49 homens (42.2%)
<b>Idade:</b> - Varia entre os 17 e os 78 anos - 31.9% dos sujeitos está na faixa etária dos 30-39 anos e 19.8% na dos 40-49 anos
<b>Habilitações Literárias</b>
- 46 sujeitos (39.7%) concluíram o ensino secundário ou equivalente
- 44 sujeitos (37.9%) têm uma licenciatura
- 12 sujeitos (10.3%) têm mestrado ou doutoramento
<b>Situação Profissional</b>
- 74 sujeitos (64.7%) encontram-se a trabalhar
- 14 sujeitos (12.1%) estão exclusivamente a estudar
<b>Estado Civil</b>
- 55 sujeitos (47.4%) são casados
- 42 sujeitos (36.2%) são solteiros
<b>Caracterização Clínica</b>
<b>Tempo de diagnóstico</b>
- 82 sujeitos (70.7%) foram diagnosticados com psoríase há menos de 10 anos.
- 34 sujeitos (29.3%) foram diagnosticados com psoríase há mais de 10 anos.
<b>Estado da doença</b>
- 80 sujeitos (69%) têm a doença controlada
- 36 sujeitos (31%) estão a passar por um período de crise da doença.
<b>Tratamento médico</b>
- 84 sujeitos (72.4%) fazem tratamento médico
- 32 sujeitos (27.6%) não fazem tratamento médico
- 52 sujeitos (44.8%) recorrem exclusivamente ao tratamento tópico
- 18 sujeitos (15.5%) recorrem exclusivamente à terapia sistémica
<b>Tratamentos alternativos</b>
- 75 sujeitos (64.7%) não recorrem a técnicas complementares
- 41 sujeitos (35.3%) recorrem a técnicas complementares de tratamento
<b>Relacionar o surgimento da doença a eventos stressantes</b>
-75 sujeitos (64.7%) não relacionam o surgimento da doença a um evento stressante
- 41 sujeitos (35.5%) faz esse tipo de associação
- 22 sujeitos (19%) relacionam o surgimento com problemas familiares
- 10 sujeitos (8.6%) relacionam o surgimento com problemas profissionais ou financeiros.
<b>EVA</b>
-No domínio <b>Confiança nos Outros</b> as mulheres pontuaram menos, de forma estatisticamente significativa, do que os homens. Não se apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos restantes fatores da EVA face ao género ou qualquer outra variável sociodemográfica.

---

- Quanto às variáveis de tratamento/clínicas, constatou-se que os sujeitos em crise pontuaram na dimensão **Ansiedade** mais do que os sujeitos com a doença controlada. E os sujeitos que não relacionam nenhum evento de vida stressante ao surgimento da doença tendem a **confiar mais nos outros** do que os que não fazem essa associação. O mesmo acontece com as pontuações da **escala total**, na qual os sujeitos que não relacionam nenhum evento stressante tendem a pontuar mais do que os restantes sujeitos.

- 71 sujeitos (61.2%) apresentam um **perfil de vinculação seguro**, isto é, sentem-se confortáveis com a proximidade, são capazes de confiar nos outros e não sentem especial receio de serem abandonados. 38 sujeitos (32.8%) apresentam um **perfil evitante**, ou seja, não se sentem confortáveis com a proximidade, não confiam nos outros e não sentem especial receio em serem abandonados. 7 sujeitos (6%) apresentam um **perfil de vinculação preocupado**, não se sentem confortáveis com a proximidade, não confiam nos outros e sentem um grande receio de serem abandonados.

---

#### DS-14

- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala face às variáveis sociodemográficas.

- Os sujeitos que estão a passar por uma crise psoriática apresentam maiores valores de **inibição social** do que os sujeitos com a doença controlada, verificando-se o mesmo face aos resultados da **escala total**.

- Considerando-se o ponto de corte proposto na literatura, podemos observar que 77 sujeitos (66.4%) apresentam níveis de **inibição social elevados** (pontuação  $\geq 10$  pontos).

---

#### BORRTI-O

- Quanto às variáveis sociodemográficas conclui-se que os sujeitos com menor escolaridade (2º e 3º ciclos) tendem a pontuar mais nas dimensões **vinculação insegura e egocentrismo**. Já os sujeitos com 2º Ciclo e ensino secundário concluídos pontuam mais na **escala total**. Os sujeitos desempregados ou reformados/pensionistas apresentam valores mais elevados de **vinculação insegura** do que os restantes sujeitos empregados ou estudantes.

- 93 sujeitos (80.2%) não apresentam valores patológicos na dimensão **alienação**, em oposição aos restantes 23 sujeitos (19.8%) que apresentam valores patológicos. 99 sujeitos (85.3%) não apresentam valores patológicos na dimensão **vinculação insegura**, em oposição aos restantes 17 sujeitos (14.7%) que apresentam valores patológicos. 94 sujeitos (81%) não apresentam patologia na dimensão **egocentrismo** ao contrário dos restantes 22 sujeitos (19%). 97 sujeitos (83.6%) não apresentam valores patológicos na dimensão **incapacidade social** ao contrário dos restantes 19 sujeitos (16.4%) que pontuam de forma patológica nesta dimensão.

- Quanto ao nível de patologia nos diferentes fatores do BORRTI-O conclui-se que, na **vinculação insegura**, os sujeitos que têm a doença há mais de 10 anos tendem a pontuar de forma mais patológica que os que têm a doença há menos de 10 anos. E, ainda que os homens tendem a pontuar de forma mais patológica que as mulheres na dimensão **incapacidade social**.

---

#### EVA e BORRTI-O

- A dimensão **ansiedade** correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões do BORRTI-O (**alienação, vinculação insegura, egocentrismo e incapacidade social**); o mesmo acontece com o **conforto com a proximidade** mas no sentido inverso; já a dimensão **confiança nos outros** também se relaciona de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as dimensões de **BORRTI-O** com exceção da **incapacidade social**.

---

#### EVA e DS-14

---

- A dimensão **ansiedade** correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a dimensão **inibição social**, ao contrário das dimensões **conforto com a proximidade** e **confiança nos outros** que se relacionam de forma negativa.

---

**DS-14 e BORRTI-O**

---

- A dimensão **inibição social** correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões do BORRTI-O (**alienação, vinculação insegura, egocentrismo e incapacidade social**).

---

## VI. Discussão

Na presente secção discutir-se-á mais aprofundadamente a relação entre os resultados obtidos e a literatura, retomando pontos mais específicos que não foram apresentados anteriormente. Procura-se construir uma visão mais integrada da investigação e perceber quais as implicações gerais dos dados recolhidos.

O objetivo do presente estudo visa uma melhor compreensão da dimensão relacional da doença psoriática. Não obstante a relevância de obter resultados passíveis de serem comparados entre dois grupos de sujeitos (como por exemplo, população com psoríase e população sem dermatoses), revela-se importante explorar características específicas da população psoriática. Neste sentido, as hipóteses em discussão prendem-se unicamente com sujeitos psoriáticos.

Através de uma primeira leitura mais geral, pode concluir-se que existem evidências estatísticas que corroboram 1) a existência de diferenças significativas entre algumas variáveis sociodemográficas, como o género, habilitações literárias e situação laboral, no que concerne aos padrões de vinculação no adulto ou à qualidade das relações estabelecidas; 2) a existência de diferenças significativas entre algumas variáveis de tratamento/clínicas, como o estado atual da doença, o tempo de convivência com a mesma e a associação de um evento de vida stressante ao surgimento da psoríase, face ao tipo de padrões de vinculação desenvolvidos na fase adulta ou à qualidade das relações estabelecidas; 3) que os valores do grau de ansiedade sentida relativos ao receio de ser abandonado, rejeitado ou mal querido, são superiores aos obtidos para a população normativa, ao contrário dos valores de confiança nos outros e conforto com a proximidade que surgem inferiores; 4) a maioria dos sujeitos não apresentam desvios patológicos na qualidade das relações estabelecidas e 5) igualmente, que a maioria dos sujeitos apresenta valores de inibição social elevados.

No que se refere às características sociodemográficas da amostra, é possível constatar-se que 57.8% dos psoriáticos inquiridos são mulheres e que os restantes 42.2% são homens, com idades compreendidas entre os 17 e os 78 anos, cuja maioria (51.7%) se situa na faixa etária entre os 30 e os 49 anos. A maioria dos sujeitos (55.2%) são casados ou vivem em união de facto e 36.2% são solteiros. 39.7% concluíram apenas o ensino secundário e 48.2% têm licenciatura, mestrado ou doutoramento. 64.7% dos sujeitos encontram-se exclusivamente a trabalhar, enquanto 12.1% são trabalhadores-estudantes. Ou seja, 76.8% dos sujeitos pertencem à população ativa.

Quanto às variáveis de tratamento/clínicas, é possível afirmar que 70.7% dos sujeitos vive com a doença há menos de 10 anos, em oposição aos 29.3% que foram diagnosticados há mais de 10 anos. 69% dos sujeitos têm a doença controlada, mas 31% estão a atravessar um período de crise. 72.4% dos sujeitos fazem tratamento médico, 44.8% recorrem exclusivamente ao tratamento tópico e 15.5% recorrem exclusivamente à terapêutica sistémica. 35.3% dos sujeitos recorrem a técnicas complementares de tratamento (como acupuntura, exercício físico, técnicas homeopáticas, termas, entre outros). 35.5% dos sujeitos relaciona o surgimento da doença a eventos de vida

stressantes, os mais referidos são de ordem familiar (e.g. morte de um familiar, divórcio), problemas financeiros ou profissionais (como perda ou mudança de emprego, risco de perder a casa) ou outras condições médicas associadas (e.g. doença cardíaca, gravidez, parto).

A elaboração da primeira hipótese surgiu da necessidade de compreender o modo como o indivíduo psoriático vivencia as suas relações, considerando as particularidades das variáveis sociodemográficas. Neste sentido, concluiu-se que existem diferenças na forma como os dois sexos se sentem e relacionam. Os estudos realizados com doentes psoriáticos revelam algumas divergências no que diz respeito à prevalência da psoríase em ambas as populações. Enquanto alguns autores (Pinto, Gonçalo, Resende & Pereira, 2001) afirmam que a doença psoriática afeta de igual modo homens e mulheres, outras investigações concluem que os indivíduos do sexo feminino manifestam uma maior predisposição para a doença (Gelfan, Weinstein, Porter, Neimann, Berlin & Margolis, 2005). No que diz respeito às variáveis em estudo – perfis de vinculação no adulto, inibição social e qualidade das relações objetivas -, verifica-se que as mulheres com psoríase tendem a confiar menos nos outros, ao contrário dos homens, que sentem poder depender mais dos outros em situações de necessidade. E, ainda, que os homens tendem a pontuar de forma mais patológica que as mulheres ao nível da incapacidade social, ou seja, tendem a ser mais tímidos, a sentir-se mais socialmente inaptos e a manter menos relacionamentos próximos. Estes resultados, além de replicados por Mingorance, Loureiro, Okino e Foss (2001), podem ser explicados pelo facto dos homens terem uma maior dificuldade no reconhecimento e descrição dos seus sentimentos e, além do reconhecimento, a diferenciação das sensações corporais inerentes às próprias emoções. De acordo com Marty (1985) e Sífneos (1973), esta falha resultaria da insuficiente mentalização dos afetos e angústias, culminando num movimento de *acting-in*, ou seja, um agir sobre o corpo, neste caso, sob a forma de psoríase. Não obstante os resultados pouco significativos, as mulheres apresentaram um maior receio de serem abandonadas ou rejeitadas, o que parece ir ao encontro de Sampogna, Tabolli, Söderfeldt, Axtelius, Aparo & Abeni (2006), que postulam que as mulheres atribuem uma maior importância à aparência, revelando-se menos satisfeitas com a sua imagem corporal. Há ainda autores (Benrud-Larson, Heinberg, Boling, Reed, White, Wigley & Haythornhwaite, 2003) que relatam que a vergonha e a revolta que as mulheres sentem em relação à sua aparência física estão relacionadas com a rejeição dos parceiros nos momentos afetivos mais íntimos. Segundo Martins, Arruda e Mugnaini (2004), cerca de 99% dos sujeitos com psoríase já vivenciaram rejeição social em locais públicos. Numa sociedade que impõe um ideal de beleza, os problemas de pele favorecem sentimentos de inadequação e insatisfação permanente quanto à aparência física.

Não perdendo ainda de vista as variáveis sociodemográficas, pode concluir-se que, na presente amostra, os sujeitos com menos escolaridade e/ou profissionalmente inativos (desempregados ou reformados/pensionistas) surgem como mais sensíveis à rejeição, mais dependentes e inseguros em relacionamentos próximos e mais desconfiados das motivações alheias. Estar

desempregado ou reformado dificulta o acesso a determinados benefícios, como um horário estruturado, ter um propósito, contactar e partilhar regularmente além da esfera familiar. Ou, em termos de identidade, um estatuto profissional, de alguém ativo e que ajuda a sustentar a família (Paul, Geither & Moser, 2007). O facto das pessoas se verem privadas de todos estes benefícios inerentes ao estar empregado pode, muitas vezes, conduzir a problemas de autoestima, desvalorização e sentimentos de inutilidade, como se nada tivessem para oferecer. Esta questão parece ser amplificada quando as condições económicas entram em declínio e a pessoa deixa de ter ferramentas para planear e organizar a sua vida. Este ponto remete-nos para a compreensão dos problemas profissionais/financeiros serem apontados com alguma frequência como precursores da psoríase. Quanto às habilitações literárias, parece evidente que os sujeitos menos escolarizados tenham menos confiança em si e sejam mais vulneráveis a julgamentos e avaliações, apesar de aqueles que apresentam formação superior estarem mais sujeitos ao *stress* avaliativo (Silvares, Fortes & Miot, 2011).

Quanto à segunda hipótese, que contempla a influência das variáveis de tratamento/clínicas, pode observar-se que os sujeitos que estão a passar por uma crise psoriática apresentam maior receio de serem abandonados, rejeitados ou não queridos, assim como maior inibição social, quando comparados com os sujeitos que têm a doença controlada. Assumindo que em crise a psoríase tem maior visibilidade, faz sentido inferir que o nível de preconceito inerente às situações de interação social sejam também maiores, contribuindo para que os indivíduos evitem estas situações com mais frequência. O mesmo parece acontecer face a contactos mais íntimos com o sexo oposto, tornando estes sujeitos mais suscetíveis a problemas na sua vida sexual, como falta de interesse neste domínio (Silva & Silva, 2007; Griffiths & Barker, 2007; Mota, Gon & Gon, 2009). Parecem também existir indícios de que quanto maior for o tempo de convivência com a doença mais insegura é a vinculação. Partindo do pressuposto que a construção da personalidade psicossomática desempenha um papel fundamental na constituição da identidade do ego e que a maneira como o sujeito vive o seu corpo – e vive *no* seu corpo – está intimamente ligada à natureza da sua relação com os outros (McDougall, 1996), quanto maior for o tempo de frustração em relação a si mesmo, mais cristalizada será esta característica e mais voltado para si mesmo será o sujeito.

Outra questão relevante para esta discussão, está ligada ao relacionamento do surgimento da doença com um evento de vida stressante. Assumindo valores muito próximos de outros estudos (Silva & Silva, 2007), 35.5% dos psoriáticos inquiridos informaram que o início da psoríase ocorreu durante um período de preocupação e *stress*. Entre os eventos mais apontados estão os problemas profissionais ou financeiros, referidos anteriormente, os problemas familiares (morte na família, divórcio, conflitos) e a associação com outras condições médicas (doenças cardíacas, gravidez, parto, etc.). Associados a grandes quantidades de *stress* e ansiedade, é natural que aquando destes eventos os níveis de somatização aumentem, uma vez que, na generalidade, tratam-se de indivíduos com mais dificuldade em lidar com

conflitos de natureza ansiógena ou de elaborar mentalmente os sentimentos ligados às experiências de stress, vivendo o sofrimento através da pele.

Considerando-se os tipos de eventos relacionados, entende-se que a separação e a perda estejam presentes em todas as categorias: perda de emprego, perda de casa, perda de estatuto, perda de uma vida profissionalmente ativa (no caso dos reformados ou pensionistas), perda de um ente querido, por morte ou separação, ou até a possibilidade de perda após um conflito. A perda de uma figura considerada de vinculação e proteção pode criar grande insegurança e *stress*, e este vivenciado de forma intensa produz modificações no sistema imunológico, o que pode propiciar o desenvolvimento de psoríase (Souza, Carvalho, Rocha, Lages, Calvetti & Castoldi, 2005). Bria e Rinaldi (1999), num estudo sobre estilos de vinculação, reforçam a relevância das experiências de separação para pacientes com dermatoses. Acrescentam ainda que a pele é uma metáfora do funcionamento mental, onde as organizações psíquicas primárias estão colocadas. 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 afetos. Nos doentes psoriáticos a vivência depressiva e a dificuldade na identificação e expressão de emoções perturbam o processo de luto cujas angústias não elaboradas podem conduzir ao adoecer do corpo.

Apesar de surgirem de forma menos representativa, existem ainda sujeitos que relacionam o surgimento da doença a conflitos na infância que se repercutiram na sua vida adulta. A discussão de uma provável organização psicossomática passa inevitavelmente pela discussão das relações de objeto, abordando necessariamente toda a história precoce do indivíduo, nomeadamente as frustrações por carência afetiva. Sabe-se que o desenvolvimento afetivo no estágio somático do bebé - altura em que aprende a lidar com as primeiras situações de vida usando o próprio corpo, por falta de maturidade ou défice de outros processos - assume particular relevância, principalmente na instauração da depressão anaclítica. Vemos então, que desde cedo que a expressão corporal é usada como forma de comunicação em particular com o primeiro prestador de cuidados, geralmente a mãe, com quem o bebé mantém um contacto íntimo e intenso, quase simbiótico. Quando este contacto não é consistente nem capaz de suprir todas as necessidades do bebé a imaturidade e os défices instauram-se, evocando a problemática da clínica psicossomática: uma indistinção entre o fisiológico e o relacional (Joyce McDougall, 1996). Tem-se então que é desde o nascimento e durante a infância que se estabelece a relação entre o mundo interior e o mundo exterior, construindo a identidade corporal e psíquica do indivíduo, podendo esta constituir uma estrutura psíquica saudável ou doente.

As experiências de gravidez e de parto são outras das situações mencionadas como precursores da psoríase. Este dado torna-se bastante interessante se a gravidez e o parto forem pensados como todo um processo de construção de um mundo a dois, trazendo consigo dúvidas e angústias inerentes à capacidade de *rêverie* materna. A par destas inseguranças quanto ao novo papel que a mulher está a desempenhar, estão também os aspetos

físicos inerentes à psoríase e inerentes à gravidez. Além do agravamento da psoríase, a mulher sente-se, muitas vezes, menos atraente por estar grávida. Nesta fase, a família é obrigada a reestruturar-se, colocando a mãe e o bebê no centro. Por mais que se tente relacionar o *stress* com eventos de vida negativos, as investigações teimam em não apresentar resultados que confirmem esta relação. De facto, tanto eventos positivos como negativos podem gerar *stress*. No geral, os efeitos são atribuídos a mudanças importantes de papéis, como a entrada na reforma ou o nascimento de um novo membro da família (Lynn, 1995).

De um modo geral, os sujeitos da presente amostra apresentam um perfil seguro de vinculação, apesar de pontuarem menos na confiança nos outros e no conforto com a proximidade e mais nos níveis de ansiedade que a população pela qual os dados normativos foram aferidos (Canavarro, Dias & Lima, 2006). Porém, 38.8% dos indivíduos apresentam perfis de vinculação evitantes ou preocupados, a par de uma grande inibição social. Neste sentido, é possível afirmar que as pessoas portadoras de psoríase apresentam-se, de um modo geral, mais suscetíveis à ansiedade relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou rejeição, uma vez que apresentam uma maior debilidade quanto à confiança básica, no sentido de acharem que os relacionamentos serão sempre insatisfatórios. Sentem-se menos confortáveis com a proximidade e a intimidade, apesar de terem um desejo desesperado de contacto. Sentem que não podem depender dos outros em situações de necessidade, encarando muitas vezes a cooperação como impossível. A sua capacidade para tolerar e lidar com a perda parece estar associada ao adoecer da pele e à dificuldade em expressar as emoções. Na sua globalidade, os sujeitos sentem desconforto e falta de equilíbrio, evitando o confronto nas interações sociais que conduz a um padrão de inexpressividade.

Importa ressaltar que a leitura e interpretação dos resultados deve considerar as limitações existentes neste trabalho, nomeadamente aquelas que se relacionam com o questionário que respeita às variáveis sociodemográficas e às variáveis de tratamento/clínicas. Neste sentido aponta-se a falta de algumas questões relativas ao sentimento de melhorias relativas à doença após o tratamento adotado, se o sujeito fazia ligação entre situações de *stress* e agravamento da doença, se ocorreram mudanças relevantes na sua vida após o surgimento da doença e de algumas questões relativas à infância que remetam para informações que indiquem uma tendência para a somatização (ex. se desenvolvia eczemas ou teve episódios de asma). Para além destas limitações, o protocolo poderia incluir uma escala que avaliasse a qualidade de vida ou integrar o PDI (*Psoriasis Disability Index*), no sentido de melhor compreender em que dimensão é que as atividades sociais ficaram afetadas.

### **Conclusão**

Ao longo do presente estudo procurou-se entender a psoríase na sua dimensão relacional, partindo de um referencial psicossomático psicanalítico.

Pode-se concluir que os psoriáticos apresentam alguns problemas ao nível das relações sociais, evidenciando grande inibição e evitamento face a situações desta natureza, ou ainda nas relações que exijam um contacto mais íntimo. Este tipo de limitação social e relacional parece ser agravado quando existe consciência de uma possível relação entre o surgimento da psoríase e um evento de vida stressante, geralmente ligado à dificuldade em elaborar mentalmente as perdas.

A pele, complexo espelho das emoções, reflete tanto o mundo interno do sujeito como o mundo externo e a relação entre ambos. As relações consideradas inseguras e evitantes versam sobre a forma como nos colocamos no interior das relações, e a pele doente não parece ser um fator facilitador de uma relação segura e gratificante. Antes pelo contrário, pode promover o afastamento total, o evitamento e a dependência, que pode resultar numa aproximação indiferenciada ou, mais uma vez, em evitamento, por não conseguir uma aproximação com diferenciação, ideal em todas as relações, principalmente naquelas mais precoces, fundamentais ao desenvolvimento da personalidade.

Ancorados nos relacionamentos mais precoces, os relacionamentos atuais beneficiam de uma terapia dirigida aos aspetos menos saudáveis das relações primárias. Num sentido mais psicoterapêutico, apela-se à efetividade de um trabalho integrado, médico e psicológico, que coloque a tónica no indivíduo e não na doença, baseando-se na confiança, na empatia e na compreensão das mazelas invisíveis que se vão instaurando.

Sugere-se também, procurando colmatar o facto da presente investigação ser meramente exploratória, a realização de estudos comparativos que analisem as discrepâncias relacionais que possam surgir entre as mais diversas populações.

Os indivíduos com esta doença sofrem ainda com as reações de preconceito por parte de outras devido à aparência da sua pele, quer sob a forma de comentários desagradáveis, como sob a forma de olhares indiscretos. Se a possibilidade de estigmatização é aumentada quando os indivíduos têm psoríase, a exposição social, e os relacionamentos na sua generalidade, tornar-se-ão fonte de desconforto e sofrimento, promovendo o isolamento social e o evitamento de certas atividades de lazer como ir à piscina, ao ginásio ou ao cabeleireiro. Não descurando o preconceito e com o intuito de eliminar a incompreensão que ainda rodeia esta patologia, enveredar pelo registo da psicoeducação da sociedade parece ser um caminho promissor para amenizar os problemas de integração de quem sofre de psoríase.

## Bibliografia

- Aisenstein, M. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. In Eizirik, C. (2ª Ed.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. (pp. 667-673). Porto Alegre: Artmed.
- Anzieu, D. (1979). *Psicanálise e Linguagem: do corpo à fala*. Lisboa: Moraes.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arruda, L., Ypiranga, S., Martins, G. A. (2004). Tratamento sistêmico da psoríase – Parte II: imunomoduladores biológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79(4), pp. 393-408. Rio de Janeiro.
- Benrud-Larson, L., Heinberg, L., Boling, C., Reed, J., White, B., Wigley, F. & Haythornthwaite, J. (2003). Body image dissatisfaction among women with scleroderma: extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychology: official journal of the division of Health Psychology*, 22(2), pp. 130-139.
- Blumenfeld, M. & Strain, J. J. (2006). *Psychosomatic Medicine*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bos, J. D.; Rie, M. A. (1999). The pathogenesis of psoriasis: immunological facts and speculations. *Immunology Today*, 20, 40-46.
- Bria, P; Rinaldi, L. (1999). A pele psíquica: princípios e perspectivas de intervenção em psicodermatologia. *Clínica Terapêutica*, 150(4), pp. 287-293.
- Bruscato, W., Iacaponi, E. (2000). Validade e confiabilidade da versão brasileira de m inventário de avaliação de relações objetais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(4), pp. 172-177.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C., Dias, P., Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. *Psicologia*, 20, pp. 155-186.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor Menos Doença – A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 89-97.
- Dias, C. A. (1976). Medicina Psicossomática e Psicanálise. *Medicina*, 4, 257-267.
- Fortin, M. F. (3ª Ed.). (2009). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- 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. (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. (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 etiology 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)
- Fry, L., Baker, B., Powles, A. (2006). Psoriasis – a possible candidate for vaccination. *Clinical and Developmental Immunology*, 13(2-4), pp. 361-367.
- Galadari, I.; Sharif, M. O.; Galadari, H. (2005) Psoriasis: a fresh look. *Clinics in Dermatology*, 23, 491-502.
- Gelfand, J.M., Weinstein, R., Porter, S.B., Neimann, A.L., Berlin, J.A., Margolis, D.J. (2005). Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Archives of Dermatology*, 141, pp. 1537-1541.
- Griffiths, C., Barker, J. (2007). Psoriasis 1: Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*, 370, pp. 263-271.
- Hill, M.& Hill A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- Langley, R. G. B.; Krueger, G. G.; Griffiths, C. E. M. (2005) Psoriasis: epidemiology, clinical feature, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, pp. 18-23.
- Lima, E., Lima, M. (2011). Imunopatogénese da psoríase: revisando conceitos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(6), pp. 1151-1158.
- Lynn, M. (1995). O ciclo de vida familiar e o ciclo de vida descontínuo. *As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar*, pp. 84-96. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Martins, G.A., Chaul, A. (2006). Tratamento Tópico. *Consenso Brasileiro de Psoríase e Guias de Tratamento*, p. 35-41. Sociedade Brasileira de Dermatologia.
- Marty, P. (1985) *L'ordre psychosomatique: les mouvements individuels de vie et de mort, désorganisations et regressions*. Paris: Payot.
- Marty, P., M'Uzan, M. (1963). La “pensée opératoire”. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Martins, G., Arruda, L., Mugnaini, A. (2004). Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79(5), pp. 521-535.
- McDougall, J. (2ªEd.). (1996). *Teatros do corpo: psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

- Mingorance, R., Loureiro, S., Okino, L. & Foss, N. (2001). Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. *Medicina*, 34, pp. 315-324.
- Mota, C., Gon, M., Gon, A. (2009). Análise comportamental de problemas de interação social de indivíduos com psoríase. *Interação em Psicologia*, 13(1), pp. 155-164.
- Myers, W. A.; Gottlieb, A. B.; Mease, P. (2006). Psoriasis and psoriatic arthritis: clinical features and disease mechanisms. *Clinic in Dermatology*, 24, 438-447.
- Paul, K.I., Geither, E., Moser, K., (2007). A test of Jahoda's latent deprivation model with persons who are out of the labor force. *LASER Discussion papers*, 9.
- Pelc, A. W. Marcinkiewicz, J. (2007). What is the role of oxygenase-1 in psoriasis? Current concepts of pathogenesis. *Internacional Journal of Experimental Pathology*, 88, 95-102.
- Peron, P. (2006). Sobre a técnica ativa de Sándor Ferenczi. *Psicologia Argumento*, 24(44), pp. 65-72.
- Philbrick, K., Rundell, J., Netzel, P. & Levenson, J. (2ªEd.). (2012). *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A guide to consultation-liaison Psychiatry*. American Psychiatric Publications.
- Pinto, G. M.; Gonçalo, M.G.; Resende, C.; Pereira, A. (2001). Recomendações Terapêuticas: Psoríase. *Acta Médica Portuguesa*, 14, pp. 221-245.
- Pita, C. R. (2003). *Psoríase sob a luz da medicina ocidental*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores: Lisboa
- Rich, P., Richard, K. (2005). Nail manifestations of cutaneous disease: psoriasis. *An Atlas of diseases of the nail*. (pp. 77-87). Nova Iorque: The Parthenon Publishing Group.
- Rodrigues, A. P.; Teixeira, R. M. (2009). Desvendando a Psoríase. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 41(4), pp. 303-309.
- Roudinesco, E., Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Silva, K., Silva, E. (2007). Psoríase e sua relação com aspetos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, 24(2), pp. 257-266.
- Silvares, M., Fortes M., Miot, H., (2011). Qualidade de vida em urticária crónica: inquérito em ambulatório público universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57, pp 577-582.
- Sousa, A. (2009). *Investigação em educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Souza, A., Carvalho, F., Rocha, K., Lages, M., Calvetti, P., Castoldi, L. (2005). Associação de eventos stressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. *Psico*, 36(2), pp. 167-174.
- Torres, T., Velho, G., Sanches, M. & Selores, M. (2010). Psoríase na Era dos Biológicos. *Acta Médica Portuguesa*, 23, pp. 493-498.
- Vicente, L. (2005). Psicanálise e Psicossomática – uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), pp. 257-267.

- Warren, R.B.; Griffiths, C.E. (2008). Systemic therapies for psoriasis: methotrexate, retinoids, and cyclosporine. *Clinics in Dermatology*, 26, 438-477.
- Winnicott, D. W. (2007). *O Ambiente e os Processos de Maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.

## Anexos

### **Anexo 1:** Protocolo de investigação

1. Declaração de Consentimento Informado
2. Inquérito Sociodemográfico
3. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)
4. Escala Tipo D (DS-14)
5. *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory – Form O* (BORRTI-O)

### **Anexo 2:** Análise descritiva dos itens das escalas (EVA, DS-14 e BORRTI-O)

1. Análise Descritiva dos itens da escala EVA
2. Análise Descritiva dos itens da escala DS-14
3. Análise Descritiva dos itens da escala BORRTI-O

### **Anexo 3:** Análise da Consistência Interna das escalas (EVA, DS-14 e BORRTI-O)

1. Consistência Interna da escala EVA
2. Consistência Interna da escala DS-14
3. Consistência Interna da escala BORRTI-O

### **Anexo 4:** Diferenças entre médias das escalas em função das habilitações literárias do respondente

1. Vinculação Insegura em função das habilitações literárias do respondente
2. Egocentrismo em função das habilitações literárias do respondente
3. Escala global BORRTI-O em função das habilitações literárias do respondente

### **Anexo 5:** Diferenças entre médias da dimensão Vinculação Insegura em função da situação profissional do respondente.

### **Anexo 6:** Diferenças entre médias do grau de patologia da dimensão Vinculação Insegura em função do tempo de convivência com a doença.

### **Anexo 7:** Diferenças entre médias do grau de patologia da dimensão Incapacidade Social em função do género.

## **Anexo 1: Protocolo de Investigação**

### **1. Declaração de consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração num projeto de investigação científico no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fala-se muito, atualmente, da grande ligação que existe entre problemas de pele e aspetos emocionais e ambientais, numa interdependência entre aspetos psicológicos e funcionamento corporal. Pretendemos verificar a existência dessa influência, avaliando aspetos ocorridos principalmente no início da vida. A psicologia há muito já confirma a importância das relações estabelecidas nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da personalidade e suas implicações na vida adulta. O objetivo deste estudo é avaliar de que forma fatores psicológicos e relações familiares podem influenciar o adoecimento da pele. Estas relações podem ser inferidas através 1. Da EVA (Escala de Vinculação do Adulto): trata-se de uma escala com afirmações sobre a forma como o entrevistado se sente em relação às relações afetivas que estabelece; 2. Da DS14 (Escala Tipo D), com particular interesse pela segunda subescala – *inibição social*: desconforto nas interações sociais, falta de equilíbrio social, tendência a evitar o confronto na interação social que conduz à inexpressividade (Denollet, 2005) e 3. Da BORRTI-O (*Bell Object Relations and Reality Testing Inventory*, Bell, 1969), uma escala que avalia as relações objetivas internalizadas.

Caso persista alguma dúvida relativamente à sua participação neste projeto, poderá e deverá esclarecê-las com o investigador.

Acrescento, ainda, que toda a informação será mantida em sigilo, não sendo revelados os nomes daqueles que colaborarem no estudo. Os resultados gerais obtidos serão apenas utilizados para fins de investigação.

A sua participação é voluntária, pelo que tem o direito de decidir livremente a aceitar, recusar ou desistir a todo o tempo neste estudo. Se

optar por participar, é crucial que não deixe nenhuma questão por responder, respondendo de uma forma sincera e espontânea.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Declaro que li e concordo com os termos da investigação acima descritos, decidindo, livremente, participar neste projeto de investigação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do respondente:

---

A Investigadora Responsável: Carlota Inês dos Santos Teles

Assinatura:

---

## **2. Inquérito Sociodemográfico**

## Dados Sociodemográficos

---

(1) Código (iniciais dos seus nomes, exemplo António Manuel Silva:

AMS): \_\_\_\_\_

(2) Idade \_\_\_\_\_ (3) Sexo  M  F

(4) Nacionalidade \_\_\_\_\_

(5) Local de Residência \_\_\_\_\_

(6) Distrito \_\_\_\_\_

(7) Estado Civil do respondente

---

Solteiro (a)     Casado (a)     Divorciado (a)     União de facto

Viúvo

(8) Habilitações Literárias da respondente

---

Nunca frequentou a escola     Secundário ou equivalente (12º ano)

Frequência do 1º ciclo     Licenciatura

1º ciclo completo (equivalente à 4ª classe)     Mestrado/Doutoramento

2º ciclo (equivalente ao 6º ano)     Outros \_\_\_\_\_

3º ciclo (equivalente ao 9º ano)

(9) Situação Laboral

---

Estudante     Empregado     Reformado/Pensionista

Trabalhador-estudante     Desempregado     Formação Profissional

Outro \_\_\_\_\_

Sobre a doença de pele:

---



---

(10) Tempo de convivência com a doença: \_\_\_\_\_

(11) Estado atual da doença: \_\_\_\_\_

(12) Tempo da crise atual: \_\_\_\_\_

(13) Faz tratamento? Qual? \_\_\_\_\_

(14) Já utilizou técnicas coadjuvantes ao tratamento médico? Quais? (ex. massagens, exercício físico, homeopatia, etc.)

(15) Relaciona algum evento de vida stressante ao surgimento da doença?

Sim  Não

Especifique:

### **3. Escala de Vinculação do Adulto**

## Escala de Vinculação do Adulto

EVA – M.C.

Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afetivas que estabelece. Pense em todas as suas relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afetivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço com facilidade relações com as pessoas					
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.					
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.					
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto gostaria.					
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.					
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.					
7. Acho que as pessoas nunca estão presente quando são necessárias					
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.					
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.					
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.					
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.					
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.					
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.					
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as outras pessoas.					
15. Quero aproximar-me das outras pessoas mas tenho medo de ser magoado.					
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.					
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais					

próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.					
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.					

#### **4. Escala Tipo D**

<b>DS<sup>14</sup></b>
------------------------

ID# Site # 

Nome : \_\_\_\_\_

Data de hoje: \_\_\_\_\_

**0=**FALSO    **1=**QUASE FALSO    **2=**NEUTRO    **3=** QUASE VERDADEIRO    **4=**VERDADEIRO

<sup>1</sup> Relaciono-me facilmente quando conheço pessoas	0	1	2	3	4
<sup>2</sup> Faço muitas vezes de pequenas coisas grandes problemas	0	1	2	3	4
<sup>3</sup> Falo muitas vezes com estranhos	0	1	2	3	4
<sup>4</sup> Sinto-me muitas vezes infeliz	0	1	2	3	4
<sup>5</sup> Estou muitas vezes irritado	0	1	2	3	4
<sup>6</sup> Fico muitas vezes inibido em relações sociais	0	1	2	3	4
<sup>7</sup> Tenho uma visão pessimista das coisas	0	1	2	3	4
<sup>8</sup> Tenho dificuldade em iniciar uma conversação	0	1	2	3	4
<sup>9</sup> Estou muitas vezes de mau humor	0	1	2	3	4
<sup>10</sup> Sou uma pessoa fechada	0	1	2	3	4
<sup>11</sup> Prefiro manter as outras pessoas à distância	0	1	2	3	4
<sup>12</sup> Frequentemente dou por mim preocupado com alguma coisa	0	1	2	3	4
<sup>13</sup> Sinto-me muitas vezes em baixo	0	1	2	3	4
<sup>14</sup> Quando estou em eventos sociais, é-me difícil encontrar coisas correctas para falar	0	1	2	3	4

Copyright © 2001 by J. Denollet, Copyright © 1998 by Society of Behavioral Medicine, USA.  
 Reproduction of this questionnaire or any portion thereof by any process without written permission is prohibited.

**5. *Bell Object Relations and Reality Testing – Form O***

**BORRTI**  
**FORMA O**  
FOLHA DE RESPOSTA

**NOME:**  
**DATA DA APLICAÇÃO:**  
**IDADE:**  
**SEXO:**  
**ESCOLARIDADE:**

**INSTRUÇÕES**

Primeiro preencha a informação sobre os seus dados pessoais.

Leia cada item com cuidado, só então assinale a letra que mostre a sua resposta. Responda de acordo com sua experiência mais recente. Se uma afirmação tende a ser verdadeira para si, assinale na coluna classificada como Verdadeiro (V). Se a afirmação tende a ser falsa para si, assinale na coluna classificada como Falso (F). Assinale apenas uma letra para cada afirmação. Por favor, tente responder a todas as afirmações.

Faça marcas escuras e fortes. Se você quiser mudar uma resposta, apague sua primeira marca completamente. Em seguida assinale sua nova escolha. Por favor, não faça rabiscos sobre qualquer página desta Folha de Resposta.

- (V) (F) 1. Tenho pelo menos um relacionamento estável e satisfatório.  
(V) (F) 2. Se alguém não gosta de mim, esforço-me sempre para ser agradável para esta pessoa.  
(V) (F) 3 Gostaria de ser um eremita para sempre.  
(V) (F) 4. Sou capaz de me isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar até mais de uma semana.  
(V) (F) 5. Habitualmente acabo por magoar aquelas pessoas que me são mais íntimas.  
(V) (F) 6. As pessoas com quem eu convivo tratam-me mais como uma criança do que como um adulto.  
(V) (F) 7. Se alguém que conheço bem vai embora, eu até posso sentir falta desta pessoa.  
(V) (F) 8. Consigo lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar.  
(V) (F) 9. Sou extremamente sensível a críticas.  
(V) (F) 10. Exercer poder sobre outra pessoa é um prazer secreto para mim.  
(V) (F) 11. Às vezes faço de tudo para conseguir as coisas à minha maneira.  
(V) (F) 12. Geralmente sinto-me magoado e rejeitado. Quando uma pessoa que me é próxima não me dá toda a sua atenção.  
(V) (F) 13. Se me torno íntimo de alguém, e este alguém não se mostra digno de confiança, posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.  
(V) (F) 14. É difícil para mim ficar íntimo de alguém.  
(V) (F) 15. A minha vida sexual é satisfatória.  
(V) (F) 16. Tenho tendência a ser aquilo que os outros esperam que eu seja.

- (V) (F) 17. Não importa o quanto um relacionamento possa ficar mal, manter-me-ei nele.
- (V) (F) 18. Não tenho influência sobre ninguém ao meu redor.
- (V) (F) 19. As pessoas não existem quando não as vejo.
- (V) (F) 20. Fui muito magoado na vida.
- (V) (F) 21. Tenho alguém com quem posso compartilhar os meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
- (V) (F) 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
- (V) (F) 23. Anseio ser completamente “um só” com alguém.
- (V) (F) 24. Nos relacionamentos, não fico satisfeito a menos que esteja com a outra pessoa o tempo todo.
- (V) (F) 25. Avalio muito bem as outras pessoas.
- (V) (F) 26. Relacionamentos que tenha com pessoas do sexo oposto acabam sempre da mesma maneira.
- (V) (F) 27. Os outros tentam humilhar-me frequentemente
- (V) (F) 28. Geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.
- (V) (F) 29. Geralmente arrependo-me por ter confiado em alguém.
- (V) (F) 30. Quando estou com raiva de alguém que me é íntimo, sou capaz de conversar a esse respeito.
- (V) (F) 31. Manipular os outros é a melhor maneira de conseguir o que eu quero.
- (V) (F) 32. Geralmente sinto-me nervoso quando estou perto de pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 33. Preocupo-me frequentemente com ser deixado de fora das coisas.
- (V) (F) 34. Sinto que tenho que agradar a todos senão poderão rejeitar-me.
- (V) (F) 35. Fecho-me e não vejo ninguém por meses.
- (V) (F) 36. Sou sensível a possíveis rejeições por pessoas importantes na minha vida.
- (V) (F) 37. Fazer amigos não é um problema para mim.
- (V) (F) 38. Não sei como me aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 39. Quando não posso obrigar alguém próximo de mim a fazer o que eu quero, fico magoado ou com raiva.
- (V) (F) 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
- (V) (F) 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
- (V) (F) 42. Dedico-me muito aos relacionamentos e recebo muito em troca.
- (V) (F) 43. Sinto-me tímido para me aproximar ou conversar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 44. A coisa mais importante para mim num relacionamento é exercer poder sobre a outra pessoa.
- (V) (F) 45. Acredito que uma boa mãe deveria sempre agradar seus filhos.

**BORRTI – FORMA O**  
**Folha de pontuação para elaboração do perfil**  
 (Bell, 1995; Bruscato, 1998)  
 (normas não patológicas)

Scores T	Alienação (ALN)	Vinculação Insegura (IA)	Egocentrismo (EGC)	Incapacidade Social (SI)
80	2.22	2.05	2.68	2.34
	1.84	1.79	2.01	2.12
75	1.66	1.75	1.79	2.04
	1.55	1.62	1.56	1.97
70	1.29	1.54	1.51	1.90
	1.00	1.29	1.09	1.63
65	0.82	1.10	0.88	1.50
	0.63	0.92	0.68	1.25
60	0.36	0.72	0.43	0.98
	0.06	0.37	0.13	0.49
55	-0.07	0.22	0.03	0.23
	-0.21	0.10	-0.08	-0.07
50	-0.49	-0.24	-0.33	-0.39
	-0.57	-0.35	-0.40	-0.46
45	-0.73	-0.66	-0.57	-0.61
	-0.78	-0.78	-0.65	-0.65
40	-0.84	-0.87	-0.73	-0.73
	-0.90	-1.14	-0.78	-0.81
35	-0.94	-1.22	-0.82	-0.85
	-0.96	-1.28	-0.87	-0.88
30	-1.00	-1.40	-0.96	-0.92

A área sombreada indica patologia das relações objetais.

## **Anexo 2: Análise Descritiva dos itens das escalas (EVA, DS14 e BORRTO)**

### **1. Análise Descritiva dos itens da escala EVA**

Tabela 53: Análise descritiva dos itens da escala EVA

EVA	Escala de Vinculação no Adulto								
	%					M	DP	Mo	Mdn
	1	2	3	4	5				
Item 1	2.6	15.5	45.7	29.3	6.9	3.22	.89	3	3
Item 2*	12.1	22.4	20.7	25.9	19.0	3.17	1.31	4	3
Item 3	25	27.6	23.3	18.1	6.0	2.53	1.22	2	2
Item 4	34.5	38.8	17.2	6.9	2.6	2.04	1.02	2	2
Item 5	60.3	27.6	8.6	4.0	-	3.91	.99	4	4
Item 6	16.4	25.0	36.2	15.5	6.9	2.72	1.13	3	3
Item 7*	4.3	2.6	21.6	41.4	30.2	3.91	1.04	4	4
Item 8*	2.6	5.2	18.1	37.9	36.2	4	.99	4	4
Item 9	44.0	27.6	15.5	6.9	6.0	2.03	1.19	1	2
Item 10	22.4	35.3	22.4	12.1	7.8	2.47	1.19	2	2
Item 11	28.4	30.2	23.3	13.8	4.3	2.35	1.16	2	2
Item 12	1.7	6.0	42.2	34.5	15.5	3.56	.89	3	3.5
Item 13*	2.6	6.0	14.7	40.5	36.2	4.02	.99	4	4
Item 14	6.9	15.5	43.1	25.9	8.6	3.14	1.01	3	3
Item 15	35.3	26.7	25.0	6.9	6.0	2.22	1.18	1	2
Item 16*	8.6	14.7	38.8	31.0	6.9	3.13	1.03	3	3
Item 17*	4.3	6.9	21.6	43.1	24.1	3.76	1.04	4	4
Item 18*	6.0	7.8	25.9	36.2	24.1	3.65	1.11	4	4

\*itens invertidos

## **2. Análise Descritiva dos itens da escala DS-14**

Tabela 54: Análise descritiva dos itens da escala DS-14

DS-14	Escala Tipo D								
	%					M	DP	Mo	Mdn
	0	1	2	3	4				
<b>Item 1*</b>	6.0	4.3	10.3	21.6	57.8	3.21	1.17	4	4
<b>Item 2</b>	26.7	9.5	22.4	19.0	22.4	2.01	1.51	0	2
<b>Item 3*</b>	25.0	15.5	24.1	14.7	20.7	1.91	1.46	0	2
<b>Item 4</b>	24.1	19.0	20.7	19.0	17.2	1.86	1.43	0	2
<b>Item 5</b>	12.9	15.5	18.1	32.8	20.7	2.33	1.32	3	3
<b>Item 6</b>	30.2	15.5	19.0	18.1	17.2	1.77	1.48	0	2
<b>Item 7</b>	28.4	13.8	22.4	17.2	18.1	1.83	1.47	0	2
<b>Item 8</b>	37.1	22.4	12.9	19.8	7.8	1.39	1.36	0	1
<b>Item 9</b>	27.6	18.1	20.7	25.0	8.6	1.69	1.34	0	2
<b>Item 10</b>	33.6	12.9	21.6	18.1	13.8	1.66	1.45	0	2
<b>Item 11</b>	37.1	16.4	25.9	13.8	6.9	1.37	1.30	0	1
<b>Item 12</b>	7.8	9.5	12.1	25.9	44.8	2.91	1.29	4	3
<b>Item 13</b>	16.4	23.3	17.2	17.2	25.9	2.13	1.45	4	2
<b>Item 14</b>	33.6	17.2	24.1	14.7	10.3	1.51	1.36	0	1

\*itens invertidos

### **3. Análise Descritiva dos itens da escala BORRTI-O**

Tabela 55: Análise descritiva dos itens da escala BORRTI-O

BORRTI-O	Bell Object Relation and Reality Testing-Forma O					
	%		M	DP	Mo	Mdn
	1 - Verdadeiro	2 - Falso				
Item 1	87.1	12.9	1.13	.34	1	1
Item 2	44.0	56.0	1.44	.50	1	1
Item 3	16.4	83.6	1.16	.37	1	1
Item 4	18.1	81.9	1.18	.39	1	1
Item 5	44.8	55.2	1.45	.50	1	1
Item 6	8.6	91.4	1.09	.28	1	1
Item 7	95.7	4.3	1.04	.20	1	1
Item 8	73.3	26.7	1.27	.44	1	1
Item 9	64.7	35.3	1.65	.48	2	2
Item 10	18.1	81.9	1.18	.39	1	1
Item 11	50.9	49.1	1.51	.50	1	1
Item 12	38.8	61.2	1.39	.49	1	1
Item 13	59.5	40.5	1.59	.49	2	2
Item 14	44.8	55.2	1.45	.50	1	1
Item 15	63.8	36.2	1.36	.48	1	1
Item 16	33.6	66.4	1.34	.47	1	1
Item 17	25.0	75.0	1.25	.44	1	1
Item 18	29.3	70.7	1.29	.46	1	1
Item 19	15.5	84.5	1.16	.36	1	1
Item 20	54.3	45.7	1.54	.50	2	2
Item 21	75.0	25.0	1.25	.44	1	1
Item 22	41.4	58.6	1.41	.49	1	1
Item 23	45.7	54.3	1.54	.50	1	1
Item 24	11.2	88.8	1.11	.32	1	1
Item 25	70.7	29.3	1.71	.46	2	2
Item 26	19.8	80.2	1.20	.40	1	1
Item 27	8.6	91.4	1.09	.28	1	1
Item 28	18.1	81.9	1.18	.39	1	1
Item 29	36.2	63.8	1.36	.48	1	1
Item 30	75.9	24.1	1.24	.43	1	1
Item 31	8.6	91.4	1.09	.28	1	1
Item 32	23.3	76.7	1.23	.42	1	1
Item 33	51.7	48.3	1.52	.50	2	2
Item 34	28.4	71.6	1.28	.45	1	1
Item 35	6.9	93.1	1.07	.25	1	1
Item 36	77.6	22.4	1.78	.42	2	2
Item 37	68.1	31.9	1.32	.47	1	1
Item 38	19.8	80.2	1.20	.40	1	1
Item 39	16.4	83.6	1.16	.37	1	1
Item 40	24.1	75.9	1.24	.43	1	1
Item 41	49.1	50.9	1.49	.50	1	1
Item 42	55.2	44.8	1.45	.50	1	1

<b>Item 43</b>	27.6	72.4	1.28	.45	1	1
<b>Item 44</b>	4.3	95.7	1.04	.20	1	1
<b>Item 45</b>	20.7	79.3	1.21	.41	1	1

\*itens invertidos

**Anexo 3: Análise da Consistência Interna das escalas (EVA, DS-14 e BORTTI-O)**

**1. Consistência interna da escala EVA**

Tabela 56: Valores de correlação item-total e de *Alpha de Cronbach* se o item for eliminado para os itens dos domínios da escala EVA

EVA	Correlação total do item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for eliminado
<b>Ansiedade</b>		
Item 3	-.177	.265
Item 4	.205	.110
Item 9	.158	.120
Item 10	.059	.165
Item 11	.081	.156
Item 15	-.099	.231
<b>Conforto com a proximidade</b>		
Item 1	.079	.160
Item 6	.063	.164
Item 8	-.043	.202
Item 12	.178	.128
Item 13	.178	.121
Item 14	.217	.105
<b>Confiança nos outros</b>		
Item 2	-.004	.195
Item 5	.006	.183
Item 7	.137	.137
Item 16	.024	.179
Item 17	-.065	.212
Item 18	-.050	.209

## **2. Consistência Interna da escala DS-14**

Tabela 57: Valores de correlação item-total e de *Alpha de Cronbach* se o item for eliminado para os itens dos domínios da escala DS-14

DS-14	Correlação total do item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for eliminado
<b>Inibição Social</b>		
Item 1	-.402	.914
Item 3	.187	.898
Item 6	.760	.870
Item 8	.560	.880
Item 10	.659	.876
Item 11	.664	.876
Item 14	.689	.874
<b>Afetividade Negativa</b>		
Item 2	.678	.874
Item 4	.758	.871
Item 5	.659	.876
Item 7	.783	.869
Item 9	.608	.878
Item 12	.546	.881
Item 13	.729	.872

### **3. Consistência Interna da escala BORRTI-O**

Tabela 58: Valores de correlação item-total e de *Alpha de Cronbach* se o item for eliminado para os itens da escala BORRTI-O

BORRTI-O	Correlação total do item	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for eliminado
Item 1	.442	.871
Item 2	.093	.877
Item 3	.465	.870
Item 4	.443	.870
Item 5	.546	.868
Item 6	.446	.871
Item 7	.055	.875
Item 8	.203	.874
Item 9	.473	.869
Item 10	.232	.874
Item 11	.187	.875
Item 12	.462	.870
Item 13	.401	.871
Item 14	.361	.872
Item 15	.288	.873
Item 16	.142	.876
Item 17	.372	.871
Item 18	.355	.872
Item 19	.381	.871
Item 20	.394	.871
Item 21	.437	.870
Item 22	.577	.867
Item 23	-.251	.884
Item 24	.231	.874
Item 25	-.058	.879
Item 26	.410	.871
Item 27	.463	.871
Item 28	.050	.876
Item 29	.552	.868
Item 30	.350	.872
Item 31	.327	.872
Item 32	.589	.868
Item 33	.502	.869
Item 34	.496	.869
Item 35	.351	.872
Item 36	.240	.874
Item 37	.425	.870
Item 38	.489	.870
Item 39	.390	.871
Item 40	.517	.869
Item 41	.359	.872
Item 42	.378	.871
Item 43	.546	.868

Item 44	.267	.873
Item 45	.295	.873

---

**Anexo 4: Diferenças entre médias das escalas em função das habilitações literárias do respondente.**

**1. Vinculação Insegura em função das habilitações literárias do respondente**

**Tabela 59: Estatística descritiva da dimensão Vinculação Insegura quanto às Habilitações Literárias**

Habilitações literárias	N	M	DP
1º Ciclo (equivalente à 4ª classe)	1	22	-
2º Ciclo (equivalente ao 6º ano)	1	35	-
3º Ciclo (equivalente ao 9º ano)	10	32.30	2.63
Secundário (equivalente ao 12º ano)	46	31.63	4.68
Licenciatura	44	29.36	3.90
Mestrado/Doutoramento	12	29.17	3.09
Outros	2	29.50	2.12

## **2. Egocentrismo em função das habilitações literárias do respondente**

**Tabela 60: Estatística descritiva da dimensão Egocentrismo quanto às Habilitações Literárias**

<b>Habilitações literárias</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
1º Ciclo (equivalente à 4ª classe)	1	24	-
2º Ciclo (equivalente ao 6º ano)	1	31	-
3º Ciclo (equivalente ao 9º ano)	10	30.90	2.77
Secundário (equivalente ao 12º ano)	46	30.30	4.83
Licenciatura	44	29.36	3.90
Mestrado/Doutoramento	12	29.17	3.09
Outros	2	26.50	21.12

### **3. Escala global BORRTI-O em função das habilitações literárias do respondente**

**Tabela 61: Estatística descritiva do total da escala BORRTI-O quanto às Habilitações Literárias**

<b>Habilitações literárias</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
1º Ciclo (equivalente à 4ª classe)	1	47	-
2º Ciclo (equivalente ao 6º ano)	1	65	-
3º Ciclo (equivalente ao 9º ano)	10	60.90	4.15
Secundário (equivalente ao 12º ano)	46	61.28	8.62
Licenciatura	44	56.84	6.41
Mestrado/Doutoramento	12	56.75	6.68
Outros	2	56	-

**Anexo 5: Diferenças entre médias da dimensão Vinculação Insegura em função da situação profissional do respondente.**

**Tabela 62: Estatística descritiva da dimensão Vinculação Insegura quanto à situação laboral**

<b>Situação Laboral</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Desempregado	10	33.10	3.28
Empregado	75	29.63	4.20
Estudante	14	31.14	3.88
Reformado/pensionista	11	33.18	4.31
Trabalhador-estudante	6	30.33	4.08

**Anexo 6: Diferenças entre médias do grau de patologia da dimensão Vinculação Insegura em função do tempo de convivência com a doença.**

**Tabela 63: Estatística descritiva do grau de patologia da dimensão Vinculação Insegura face ao tempo de convivência com a doença**

<b>Tempo de convivência com a doença</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Até 9 anos	82	1.07	.26
10 anos ou mais	34	1.32	.47

**Anexo 7: Diferenças entre médias do grau de patologia da dimensão  
Incapacidade Social em função do género**

**Tabela 64: Estatística descritiva do grau de patologia da dimensão Incapacidade Social face ao género**

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Feminino	67	1.10	.31
Masculino	49	1.24	.43