

Processos relacionados com a regulação emocional e vergonha e sua associação com os sintomas de depressão, ansiedade e stresse em pessoas com psoríase

Ana Galhardo¹, Rute Mendes², Ilda Massano-Cardoso³
e Marina Cunha⁴

Resumo

O presente trabalho pretendeu examinar a existência de associações entre variáveis sociodemográficas e clínicas, vergonha relacionada com a doença crónica, processos de regulação emocional (fusão cognitiva, evitamento experiencial, autocompaixão e autojulgamento) e sintomas de depressão, ansiedade e stresse em pessoas com psoríase. Participaram 148 indivíduos (112 mulheres e 36 homens) recrutados através da Associação Portuguesa da Psoríase. Os participantes completaram *online* medidas de sintomas emocionais negativos (depressão, ansiedade e stresse), vergonha relacionada com a doença crónica, fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, evitamento experiencial, autocompaixão e autojulgamento. Realizaram-se análises de regressão hierárquica em três passos com os sintomas de depressão, ansiedade e stresse como variáveis dependentes. O evitamento experiencial, o autojulgamento e os anos de escolaridade mostraram-se associados com os sintomas de depressão, ansiedade e stresse. A vergonha relacionada com a doença crónica revelou-se associada com os sintomas depressivos. Os processos de regulação emocional e a vergonha devem ser considerados no trabalho clínico com pessoas com psoríase. Os programas baseados no *Mindfulness*, a Terapia da Aceitação e Compromisso e a Terapia

1 Instituto Superior Miguel Torga (ISMT); Universidade de Coimbra, CINEICC, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal. Email: anagalhardo@ismt.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3484-6683>

2 Fundação Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional, Miranda do Corvo, Portugal. Email: rutecarolinamendes@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1588-9765>

3 Instituto Superior Miguel Torga (ISMT); Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina; Universidade de Coimbra, CEI-SUC, Faculdade de Economia, Coimbra, Portugal. Email: ildamassano@ismt.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2510-2348>

4 Instituto Superior Miguel Torga (ISMT); Universidade de Coimbra, CINEICC, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal. Email: marina_cunha@ismt.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5957-1903>

Focada na Compaixão, ao abordarem especificamente os processos de regulação emocional, podem ser adequados para esta população

Palavras-chave: psoríase; regulação emocional; vergonha; psicopatologia.

Emotion regulation-related processes and shame and their relationship with depression, anxiety and stress symptoms in people facing psoriasis

Abstract

The current study sought out to examine the associations between sociodemographic and clinical variables, shame, emotion regulation-related processes (cognitive fusion, experiential avoidance, self-compassion and self-judgement), and symptoms of depression, anxiety, and stress in people with a psoriasis diagnosis. One hundred and forty-eight patients (112 females and 36 males) were recruited through the *Associação Portuguesa da Psoríase* (Portuguese psoriasis patients' association). Participants completed online measures of negative emotional symptoms (depression, anxiety and stress), chronic illness-related shame, chronic illness-related cognitive fusion, experiential avoidance, self-compassion, and self-judgment. Three-stage hierarchical multiple regression analyses were conducted with depressive, anxiety, and stress symptoms as the dependent variables. Experiential avoidance, self-judgment and years of education were associated with depression, anxiety, and stress symptoms. Chronic illness-related shame was also associated with depressive symptoms in people with psoriasis. Emotion regulation processes and shame should be considered in clinical work with people facing a psoriasis diagnosis. Mindfulness-based programs, Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy may be adequate for this population due to their specific target on emotion regulation processes.

Keywords: psoriasis; emotion regulation; shame; psychopathology.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma patologia dermatológica crónica, de natureza inflamatória e não contagiosa, sendo a sua forma mais frequente a de psoríase em placas ou vulgar (Silva & Martins, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), estima-se que a prevalência da psoríase varie entre os 0.09% e os 11.4% em todo o mundo, sendo o valor apontado para Portugal de 1.9%.

O diagnóstico de psoríase ocasiona mudanças na vida dos pacientes, sendo necessária uma adaptação a esta condição clínica. Algumas das mudanças decorrentes da doença prendem-se com o tempo despendido com os tratamentos, o evitamento de atividades de lazer, de participação social, bem como de relações sociais e/ou íntimas (Eghlileb et al., 2007). No que se refere à saúde mental, sintomas depressivos, de ansiedade e ideação suicida podem ocorrer nestes indivíduos, bem como sentimentos de cólera, vergonha, angústia, frustração e abandono, tendendo a ser mais frequentes e intensos comparativamente com o que ocorre na população sem esta doença dermatológica (Dalgard et al., 2015). De referir ainda que a percepção que o paciente tem sobre si e sobre a doença, as manifestações das lesões e as limitações resultantes da psoríase podem conduzir ao abandono de atividades diárias, a isolamento, a dificuldades em regular as emoções negativas, a inflexibilidade psicológica e a dificuldades de aceitação das emoções (Almeida et al., 2017; Innamorati et al., 2016). Com efeito, a depressão é uma das comorbidades mais frequentes na psoríase (Łakuta & Przybyła-Basista, 2017), podendo mesmo influenciar a resposta dos pacientes ao tratamento médico (Bell et al., 2020). Por sua vez, os níveis de stresse percebidos por estes pacientes têm vindo a mostrar-se relacionados com níveis mais baixos de qualidade de vida e níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa (O'Leary et al., 2004), podendo ainda contribuir para uma exacerbação das manifestações dermatológicas da psoríase (Basavaraj et al., 2011).

Um outro elemento a considerar, atendendo às características da psoríase, é a vergonha. A vergonha é uma emoção autoconsciente dolorosa que, segundo Gilbert (1998; 2007), sinaliza o risco de se ser excluído ou rejeitado pelos outros, sendo desencadeada por situações em que o sujeito sente que é diferente, pouco atraente, inferior ou inadequado. Na generalidade, a vergonha tem vindo consistentemente a ser associada a dificuldades psicológicas e a diversos sintomas psicopatológicos (e.g., Kim et al., 2011; Tangney & Dearing, 2002), em particular sintomas depressivos (Gilbert, 1998, 2002; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Em pessoas com psoríase, os sentimentos de vergonha tendem a estar relacionados com a aparência da pele (Lahousen et al., 2016), estando esta associada com a severidade dos sintomas da doença e com sintomas de depressão e de ansiedade, particularmente em mulheres e em sujeitos com níveis de escolaridade mais baixos (Sampogna et al., 2012).

Ainda que sintomas psicopatológicos e a emoção da vergonha tenham vindo a ser abordados nesta condição clínica, processos de regulação emocional, como a fusão cognitiva, o evitamento experiencial, a autocompaixão e o autojulgamento têm merecido menos atenção. De acordo com o modelo da Terapia da Aceitação e do Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* - ACT; Hayes et al., 2012), a fusão cognitiva equivale à tendência para que o comportamento seja excessivamente influenciado e regulado pelas crenças, que são consideradas de forma literal, como

se fossem verdades absolutas. Resultados de estudos anteriores têm sugerido que a fusão cognitiva pode corresponder a um processo transdiagnóstico, atendendo à sua associação com sintomas de ansiedade e de depressão (Gillanders et al., 2014), ansiedade relativa a situações de saúde (Fergus, 2015), insatisfação corporal e sintomatologia relacionada com perturbações alimentares (Trindade & Ferreira, 2014). De acrescentar que Bardeen e Fergus (2016) sugerem que, quando a fusão cognitiva e o evitamento experiencial se manifestam de forma combinada, ou seja, quando os indivíduos apresentam níveis elevados destes dois processos, poderão evidenciar mais dificuldades psicológicas.

Efetivamente, um dos processos de regulação emocional que tem vindo a ser particularmente abordado na literatura é o evitamento experiencial. O evitamento experiencial traduz-se na indisponibilidade para estar em contacto com acontecimentos privados (e.g., pensamentos, emoções, recordações, sensações corporais, predisposições comportamentais) e em esforços levados a cabo com o propósito de alterar a forma ou a frequência desses acontecimentos e dos contextos em que estes emergem (Hayes et al., 1996). Trata-se de um processo em que o indivíduo tenta controlar, limitar ou evitar os acontecimentos internos, mesmo quando isso implica afastar-se do que pode ser importante para si. O evitamento experiencial apresenta, frequentemente, resultados positivos no imediato, mas quando usado recorrentemente tende, a longo prazo, a agravar os acontecimentos internos que o indivíduo está a tentar evitar (Chawla & Ostafin, 2007; Ruiz, 2010). Assim, com o passar do tempo, estes padrões de evitamento acabam por interferir no comportamento dos sujeitos, diminuindo a probabilidade de estes apresentarem um comportamento flexível e em consonância com os seus valores e objetivos, e terem uma vida plena e valorizada, em contacto com as direções de vida que escolhem para o seu dia-a-dia, procurando ser a pessoa que desejam ser (Hayes et al., 2006; Wilson et al., 2010).

A compaixão pode ser definida como a sensibilidade ao sofrimento do eu e dos outros, a par com a motivação para o tentar aliviar ou prevenir (Gilbert, 2019). Por sua vez, Neff (2003) concetualiza a autocompaixão como englobando uma atitude de calor e compreensão face a experiências difíceis ou dolorosas, a capacidade de estar no momento presente de forma aberta e sem julgamento, e um sentimento de condição humana ou humanidade comum (perceção do sofrimento como fazendo parte da experiência humana mais alargada, como uma experiência que nos liga aos outros). De referir que a autocompaixão tem revelado inúmeros benefícios em termos de saúde mental, regulação emocional e relações sociais (e.g., Di Bello et al., 2020; Seppälä et al., 2017). Também ao nível da saúde física, Homan e Sirois (2017) sugerem que, quando as pessoas desenvolvem uma atitude consciente, bondosa, de aceitação em relação aos seus próprios erros e dificuldades, apresentam menos stresse, comportamentos de saúde mais frequentes e uma melhor saúde física no geral. Mais

recentemente, esta relação entre a autocompaixão e a saúde física foi igualmente sublinhada num estudo de metanálise (Philips & Hine, 2021). Por oposição à auto-compaixão, o autojulgamento traduz-se na existência de autocrítica, havendo uma autoatribuição de responsabilidade pelas dificuldades sentidas, erros cometidos ou defeitos, assim como uma sobreidentificação com o afeto negativo decorrente de situações difíceis e sentimentos de isolamento no que se refere ao sofrimento (contrário à experiência de condição humana) (Neff, 2003).

Apesar do reconhecimento de sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stresse em pacientes com psoríase se encontrar bem documentado (e.g., Dalgard et al., 2015; Kwan et al., 2018; Tian et al., 2019), a sua ligação a processos de regulação emocional ou a construtos relacionados, como o de vergonha especificamente associada à doença crónica, só mais recentemente tem merecido o interesse de investigadores e clínicos. Por exemplo, num estudo conduzido em Portugal com pessoas com psoríase, Almeida et al. (2017) encontraram uma associação positiva entre sintomas psicopatológicos (depressão, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos) e dificuldades de regulação emocional. Estes autores referem que os pacientes com maiores níveis de sintomas psicopatológicos são precisamente aqueles que denotam mais dificuldades em regular as suas emoções.

Neste contexto, o objetivo principal deste trabalho foi o de analisar a associação entre fatores sociodemográficos (sexo, idade, anos de escolaridade), clínicos (duração do diagnóstico de psoríase), níveis de vergonha associada à doença crónica e de processos de regulação emocional (fusão cognitiva, evitamento experiencial, auto-compaixão e autojulgamento), com sintomatologia depressiva, ansiosa e de stresse em pessoas com psoríase.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 148 indivíduos com um diagnóstico de psoríase, 112 (75.7%) do sexo feminino e 36 (24.3%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 74 ($M = 45.9$; $DP = 13.09$) anos. A maioria dos participantes era casada ($n = 95$; 64.2%), seguindo-se o estado civil de solteiro ($n = 33$; 22.3%), divorciado ($n = 18$; 12.2%) e viúvo ($n = 2$; 1.4%). No que se refere aos anos de escolaridade, observou-se uma média de 13.36 anos ($DP = 3.20$). Os participantes haviam sido diagnosticados com psoríase em média há 19.42 anos ($DP = 13.67$) e o tipo de psoríase mais frequente na

amostra foi o de psoríase por placas (79.7%; $n = 118$). De notar que este diagnóstico foi autorreportado, não tendo existido a consulta de processos médicos.

Instrumentos

Escalas de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). As EADS-21 avaliam os sintomas de depressão (e.g., “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”), ansiedade (e.g., “Senti-me quase a entrar em pânico”) e stresse (e.g., “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações”) ao longo de 21 itens repartidos por estas três escalas. Os itens são respondidos numa escala tipo Likert, indo de *não se aplicou nada a mim* (0) a *aplicou-se a mim a maior parte das vezes* (3), tendo em conta a semana anterior. Valores mais elevados correspondem a mais sintomas emocionais negativos. Na sua versão original observaram-se valores de alfa de Cronbach de .91 para a escala de depressão, de .84 para a escala de ansiedade e de .90 para a escala de stresse (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa os valores de alfa de Cronbach encontrados foram de .85 para a escala de depressão, de .74 para a escala de ansiedade, e de .81 para a escala de stresse (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo as escalas de sintomas depressivos, de ansiedade e de stresse revelaram valores de alfa de Cronbach de .90, .86 e .92, respetivamente.

Questionário de Fusão Cognitiva-Doença Crónica (*Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness - CFQ-CI*; Trindade et al., 2018). O CFQ-CI é composto por sete itens (e.g., “Sinto muita dificuldade em ‘largar’ os meus pensamentos perturbadores, relacionados com a minha doença, mesmo quando sei que seria mais vantajoso fazê-lo.”) que avaliam a fusão cognitiva associada a condições de doença crónica. As afirmações contidas nos itens são respondidas numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando de *nunca verdadeira* (0) a *sempre verdadeira* (4). Pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de fusão cognitiva. O CFQ-CI revelou possuir uma excelente fidedignidade, apresentando um alfa de Cronbach de .97 (Trindade et al., 2018). Na presente amostra o CFQ-CI apresentou igualmente um valor de alfa de Cronbach de .97.

Questionário de Aceitação Ação-II (*Acceptance and Action Questionnaire - AAQ-II*; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012). O AAQ-II integra sete itens (e.g., “As minhas experiências e memórias dolorosas dificultam que eu viva uma vida que valorize”) que avaliam a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial através de uma escala de resposta tipo Likert de sete pontos, a variar entre *nunca verdadeiro* (1) e *sempre verdadeiro* (7). Pontuações mais elevadas são reveladoras de maiores níveis de evitamento experiencial. A versão original do AAQ-II mostrou um alfa de Cronbach de .84 (Bond et al., 2011). Pinto-Gouveia et al. (2012) encontraram no estudo de validação

da versão portuguesa do AAQ-II um valor de alfa de Cronbach de .90. No que se refere ao alfa de Cronbach do AAQ-II na presente amostra, observou-se um valor de .94.

Escala de Autocompaixão (*Self-Compassion Scale* - SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). A SCS avalia a autocompaixão através de 26 itens subdivididos em seis subescalas: calor/compreensão (e.g., “Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente”), autocrítica (e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), condição humana (e.g., “Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa”), isolamento (e.g., “Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo”), *mindfulness* (e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e sobreidentificação (e.g., “Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos”). As respostas aos itens deste instrumento são dadas através de uma escala tipo Likert, indo de *quase nunca* (1) a *quase sempre* (5), sendo que, quanto maior for a pontuação, maiores são os níveis de autocompaixão. No presente estudo foram usados os índices compósitos de autocompaixão (somatório das subescalas de calor/compreensão, *mindfulness* e condição humana) e de autojulgamento (somatório das subescalas de autocrítica, sobreidentificação e isolamento). A versão original da SCS revelou valores de alfa de Cronbach entre .75 e .81 para as seis subescalas e de .94 para o score total (Neff, 2003). No estudo da versão portuguesa foram encontrados valores a oscilarem entre .73 e .84 para as seis subescalas e um valor de .89 para o total (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No presente estudo, o valor do alfa de Cronbach para o índice compósito de autocompaixão foi de .92 e para o índice compósito de autojulgamento de .93.

Escala da Vergonha Relacionada com a Doença Crónica (*Chronic Illness-related Shame Scale* - CISS; Trindade et al., 2017). A CISS inclui sete itens (e.g., “Sinto vergonha de falar com os outros sobre a minha doença ou sintomas”) que se destinam a avaliar a experiência de vergonha especificamente associada à doença crónica. Para efeito de resposta é usada uma escala tipo Likert de cinco pontos, a variar entre *nunca verdadeiro* (0) e *sempre verdadeiro* (4). Scores mais elevados correspondem a maiores níveis de vergonha. No estudo de desenvolvimento da CISS, Trindade et al. (2017) reportaram um valor de alfa de Cronbach de .91. Na presente amostra a CISS evidenciou um valor de alfa de Cronbach de .94.

Procedimentos

As normas éticas e deontológicas relativas à investigação na área da Psicologia, mais especificamente as recomendações definidas para a realização de estudos com seres humanos constantes da Declaração de Helsínquia e Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, foram atendidas. Com vista ao recrutamento dos

participantes, foi contactada a Associação Portuguesa da Psoríase (PSOPortugal), sendo solicitada a colaboração desta associação para efeitos de divulgação do estudo. A PSOPortugal, através de *emails* expedidos aos associados e das suas redes sociais, facultou o *link* de acesso ao protocolo de avaliação alojado na plataforma *Google Forms*. O preenchimento dos instrumentos de autorresposta realizou-se *online*, de forma voluntária e anónima, sendo recolhido o respetivo consentimento informado dos participantes.

Análise estatística

Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v. 27). No que se refere à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, foram realizadas análises de frequências e percentagens relativamente às variáveis categoriais e de médias e desvios-padrão no caso das variáveis contínuas. Procedeu-se ao cálculo de coeficientes de correlação de Pearson de modo a averiguar a existência de associações entre as variáveis. De acordo com Dancey e Reidy (2017), coeficientes de correlação de Pearson com valores entre .10 e .39 são considerados fracos, entre .40 e .69 moderados, e acima de .70 fortes. A adequação da dimensão da amostra e os pressupostos de multicolinearidade e de independência foram analisados preliminarmente à realização de análises de regressão linear múltipla hierárquica. Relativamente à dimensão da amostra, esta mostrou-se adequada atendendo a que $N > 50 + 8m$ (Tabachnick & Fidel, 2013). Uma vez que todas as variáveis independentes revelaram valores de tolerância $> .10$ e $VIF < 10$, verificou-se a ausência de multicolinearidade (Tabachnick & Fidel, 2013). Por sua vez o pressuposto da independência foi avaliado com a estatística de Durbin-Watson ($d = 1.87$). De acordo com Field (2009), este valor não é indicador de violação deste pressuposto. Nas análises de regressão, os sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stresse constituíram as variáveis dependentes. Num primeiro bloco foi inserida a variável sexo (após transformada numa variável dummy), bem como as variáveis sociodemográficas (idade e anos de escolaridade), que se mostraram associadas com estas variáveis dependentes. Num segundo bloco foram adicionadas a vergonha relacionada com a doença crónica e, num último bloco, os processos de regulação emocional de fusão cognitiva associada à doença crónica, evitamento experiencial, autocompaixão e autojulgamento.

RESULTADOS

Diferenças entre sexos e associações entre as variáveis

Atendendo aos objetivos do estudo, começou-se por analisar a existência de diferenças entre os participantes do sexo masculino e os participantes do sexo feminino no que se refere aos sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stresse. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de depressão ($t_{(146)} = -2.16$; $p = .032$), de ansiedade ($t_{(146)} = -2.48$; $p = .014$) e de stresse ($t_{(146)} = -4.04$; $p < .001$), com as mulheres a evidenciarem valores médios mais elevados em todas as variáveis consideradas. Foram também exploradas as associações entre as variáveis sociodemográficas (idade e anos de escolaridade), a variável clínica duração do diagnóstico e as variáveis dependentes (sintomas de depressão, ansiedade e stresse). Verificou-se que a idade se correlacionou com os sintomas de depressão ($r = -.19$; $p = .024$), e com os sintomas de stresse ($r = -.19$; $p = .024$). Os anos de escolaridade correlacionaram-se de forma estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva ($r = -.30$; $p < .001$), de ansiedade ($r = -.31$; $p < .001$) e de stresse ($r = -.20$; $p = .016$). No que concerne à duração do diagnóstico de psoríase, não se observou a existência de correlações com as variáveis dependentes ($p > .50$). Os resultados relativos à associação entre as demais variáveis em estudo são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1
Correlações entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. DASS-21 Depressão	---							
2. DASS-21 Ansiedade	.79**							
3. DASS-21 Stresse	.76**	.81**						
4. CFQ-CI	.49**	.38**	.44**					
5. AAQ-II	.64**	.53**	.59**	.71**				
6. SCS Autocompaixão	-.24**	-.19**	-.27**	-.15	-.30**			
7.SCS Autojulgamento	.63**	.49**	.62**	.57**	.71**	-.20**		
8. CISS	.53**	.38**	.44**	.78**	.55**	-.20**	.52**	---

Nota. AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire*; CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; CISS = *Chronic Illness Shame Scale*; DASS-21 Ansiedade = subescala de ansiedade da *Depression, Anxiety and Stress Scales*; DASS-21 Depressão = subescala de depressão da *Depression, Anxiety and Stress Scales*; DASS-21 Stresse = subescala de stresse da *Depression, Anxiety and Stress Scales*; SCS-Comp = Índice composto de autocompaixão da *Self-Compassion Scale*; SCS-Julg = Índice composto de autojulgamento da *Self-Compassion Scale*. ** $p < .001$

Análises de regressão

Com o objetivo de identificar o conjunto de variáveis associadas aos sintomas depressivos em pessoas com psoríase, foi conduzida uma análise de regressão hierárquica múltipla usando as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e anos de escolaridade) num primeiro bloco de variáveis, a vergonha associada à doença crónica num segundo bloco e, por último, os processos de regulação emocional (fusão cognitiva associada à doença crónica, evitamento experiencial, autocompaixão e autojulgamento) num terceiro bloco de variáveis. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Análise de regressão hierárquica múltipla utilizando variáveis sociodemográficas, a vergonha relacionada com a doença crónica, e os processos de regulação emocional como variáveis associadas aos sintomas depressivos

Variáveis	R	R ²	R ² Ajustado	ΔR^2	F	p	β	t	p
Modelo 1	.42	.18	.16		10.23	< .001			
Sexo							.15	1.73	.086
Idade							-.21	-2.48	.014
Escolaridade							-.37	-4.76	< .001
Modelo 2	.60	.35	.34	.17	39.42	< .001			
Sexo							.05	0.61	.545
Idade							-.12	-1.55	.123
Escolaridade							-.28	-4.00	< .001
CISS							.45	6.28	< .001
Modelo 3	.76	.58	.56	.22	18.82	< .001			
Sexo							.03	0.45	.653
Idade							-.05	-0.69	.490
Escolaridade							-.28	-4.76	< .001
CISS							.26	2.76	.007
CFQ-CI							-.20	-1.86	.065
AAQ-II							.38	3.93	< .001
SCS-Comp							-.01	-0.15	.885
SCS-Julg							.32	3.90	< .001

Nota. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire; CFQ-CI = Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness; CISS = Chronic Illness Shame Scale; SCS-Comp = Índice composto de autocompaixão da Self-Compassion Scale; SCS-Julg = Índice composto de autojulgamento da Self-Compassion Scale.

As variáveis consideradas explicaram 56% do total da sintomatologia depressiva, sendo o modelo significativo. O valor de β que se revelou mais elevado foi o do evitamento experiencial ($\beta = .38$; $p < .001$), seguido do autojulgamento ($\beta = .32$;

$p < .001$), dos anos de escolaridade ($\beta = -.28$; $p < .001$), e da vergonha associada à doença crónica ($\beta = .26$; $p = .007$). As demais variáveis não se revelaram associadas.

Seguidamente, foi conduzida uma análise idêntica tendo como variável dependente a sintomatologia ansiosa. No primeiro bloco, considerou-se o sexo e os anos de escolaridade. Os resultados encontram-se apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Análise de regressão hierárquica múltipla utilizando variáveis sociodemográficas, a vergonha relacionada com a doença crónica, e os processos de regulação emocional como variáveis associadas aos sintomas de ansiedade

Variáveis	R	R ²	R ² Ajustado	ΔR^2	F	p	β	t	p
Modelo 1	.40	.16	.15		13.69	< .001			
Sexo							.26	3.34	.001
Escolaridade							-.35	-4.52	< .001
Modelo 2	.49	.24	.22	.08	15.39	< .001			
Sexo							.17	2.17	.032
Escolaridade							-.30	-4.02	< .001
CISS							.30	3.92	< .001
Modelo 3	.64	.41	.38	.17	10.13	< .001			
Sexo							.14	1.93	.056
Escolaridade							-.31	-4.60	< .001
CISS							.12	1.10	.272
CFQ-CI							-.17	-1.39	.166
AAQ-II							.41	3.60	< .001
SCS-Comp							-.00	-0.03	.980
SCS-Julg							.19	2.00	.047

Nota. AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire*; CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; CISS = *Chronic Illness Shame Scale*; SCS-Comp = Índice composto de autocompaixão da *Self-Compassion Scale*; SCS-Julg = Índice composto de autojulgamento da *Self-Compassion Scale*.

Na totalidade, as variáveis inseridas no modelo explicaram 38% do total da variância da sintomatologia ansiosa, sendo o modelo significativo. O valor de β mais elevado foi o do evitamento experiencial ($\beta = .41$; $p < .001$), seguindo-se os anos de escolaridade ($\beta = -.31$; $p < .001$) e o autojulgamento ($\beta = .19$; $p = .047$).

Por último, foi explorado um modelo análogo aos anteriores, desta vez com os sintomas de stresse como variável dependente (Tabela 4).

Tabela 4

Análise de regressão hierárquica múltipla utilizando variáveis sociodemográficas, a vergonha relacionada com a doença crónica, e os processos de regulação emocional como variáveis associadas aos sintomas de stresse

Variáveis	R	R ²	R ² Ajustado	ΔR ²	F	p	β	t	p
Modelo 1	.42	.18	.16		10.21	< .001			
Sexo							.31	3.71	< .001
Idade							-.12	1.38	.171
Escolaridade							-.28	-3.54	< .001
Modelo 2	.53	.26	.26	.08	19.94	< .001			
Sexo							.24	2.94	.004
Idade							-.05	-0.59	.556
Escolaridade							-.21	-2.80	.006
CISS							.34	4.47	< .001
Modelo 3	.72	.52	.49	0.26	17.05	< .001			
Sexo							.22	3.20	.002
Idade							.02	0.22	.827
Escolaridade							-.20	-3.19	.002
CISS							.12	1.15	.252
CFQ-CI							-.16	-1.39	.166
AAQ-II							.31	2.90	.004
SCS-Comp							-.10	-1.49	.138
SCS-Julg							.36	4.12	< .001

Nota. AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire*; CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; CISS = *Chronic Illness Shame Scale*; SCS-Comp = Índice composto de autocompaixão da *Self-Compassion Scale*; SCS-Julg = Índice composto de autojulgamento da *Self-Compassion Scale*.

As variáveis inseridas na análise explicaram 49% do total dos sintomas de stresse, sendo o modelo significativo. O valor de β mais elevado foi o do autojulgamento ($\beta = .36$; $p < .001$), seguindo-se o do evitamento experiencial ($\beta = .31$; $p = .004$), o do sexo ($\beta = .22$; $p = .002$), e o dos anos de escolaridade ($\beta = -.20$; $p = .002$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sugerem que o evitamento experiencial, assim como o autojulgamento, considerado nas suas componentes de isolamento, autocrítica e sobreidentificação, são processos de regulação emocional associados aos sintomas de depressão, ansiedade e stresse em pacientes com psoríase. Este dado vai ao encontro

de outros estudos (e.g., Bardeen & Fergus, 2016) que indicam que a predisposição para controlar, evitar ou sobreenvolver-se com situações pessoais negativas tende a evidenciar consequências paradoxais e a estar relacionada com diversas expressões psicopatológicas, como a depressão. Também a existência de uma atitude mais autocrítica, um maior isolamento e o sobreenvolvimento com as dificuldades ou problemas parecem contribuir para a ocorrência de sintomas psicopatológicos, o que tem vindo a ser reportado noutros estudos em diversas populações com doença crónica (Pinto-Gouveia et al., 2013).

Os anos de escolaridade revelaram-se igualmente associados com a sintomatologia depressiva, ansiosa e de stresse. Algo reportado também no estudo de Petraškiene et al. (2016), onde é referido que a ansiedade em pacientes com psoríase era mais comum em pessoas com níveis de escolaridade mais baixos. Em consonância com estes resultados, também Almeida et al. (2020) referem que os anos de escolaridade são uma das variáveis que contribui para a incapacidade na psoríase. Nesta sequência, equaciona-se que um maior nível de informação e compreensão relativamente à patologia possa conduzir a uma forma de lidar com a doença mais adaptativa, funcionando como um mecanismo protetor de sintomas emocionais negativos, algo que deve ser explorado mais aprofundadamente em investigações futuras. Com efeito, esta deverá ser uma variável a ter em conta no desenho de intervenções psicoeducativas dirigidas a estes pacientes, contemplando as suas características e necessidades específicas.

No que se refere ao sexo, este mostrou-se associado aos sintomas de stresse nos pacientes com psoríase, com as mulheres a evidenciarem níveis mais elevados destes sintomas. Este resultado vai ao encontro do reportado por Naldi et al. (2001), que referem a ligação entre o stresse e o surgimento da psoríase, particularmente nas mulheres. De facto, o stresse tem vindo a ser identificado como um fator desencadeante da psoríase, remetendo para a sua importância na avaliação e intervenção psicológica com estes pacientes (Napolitano et al., 2020; Stewart et al., 2018).

De acrescentar que, em relação aos sintomas depressivos, se observou que a vergonha relacionada com a doença crónica se mostrou associada em pessoas com psoríase. Este resultado parece ser comum na doença crónica como destaca, por exemplo, o estudo de Trindade, Duarte, et al. (2018) conduzido em pessoas com doença inflamatória intestinal. De notar que também Homayoon et al. (2020) referem que níveis mais elevados de vergonha relativamente à aparência da pele de pessoas com psoríase estão associados a uma pior qualidade de vida psicológica.

Ainda que a fusão cognitiva seja apontada como um processo maladaptativo associado a diversos problemas de saúde física e mental (Gillanders et al. 2014), na presente amostra não se observou o seu contributo para os sintomas psicopatológicos. Efetivamente, resultados de estudos anteriores que abordaram este constructo noutras populações têm evidenciado a necessidade de explorar de modo mais aprofundado o

papel desta variável, considerando a existência de alguma sobreposição entre este e outros processos, como, por exemplo, o evitamento experiencial (Gillanders et al., 2015).

No presente estudo, também os níveis de autocompaixão, ou seja, de atitudes de calor e bondade, de *mindfulness* e de compreensão da sua situação como fazendo parte da condição humana mais alargada, não se mostraram associados com os sintomas emocionais negativos. De modo idêntico, Almeida et al. (2020) referem que a autocompaixão não contribui para explicar a incapacidade associada à psoríase. No entanto, de acordo com o *Modified Buddhist Psychological Model* (CBPM), proposto por Maddock et al. (2020), a aceitação e a autocompaixão (por oposição ao auto-julgamento) mostraram ter um efeito direto no bem-estar e nos níveis de depressão e de ansiedade dos pacientes com psoríase. Assim, o contributo da autocompaixão como eventual processo promotor de ajustamento psicológico e atenuador de sintomatologia psicopatológica permanece indefinido, carecendo de mais estudos que o possam clarificar.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A recolha *online*, embora permita um maior número de respondentes, pode enviesar a amostra ou limitar a representatividade da população. Ainda que o tamanho da amostra seja adequado para a condução das análises, a representatividade por sexo não se observou. Assim, investigações futuras em amostras de maior dimensão e mais equilibradas relativamente à inclusão de pacientes de ambos os sexos, nas quais podem ser examinadas as diferenças entre homens e mulheres, são desejáveis. O desenho transversal não possibilita o estabelecimento de relações causais, pelo que estudos futuros deverão clarificar a relação entre estes processos de regulação emocional e a vergonha associada à doença crónica através de um desenho longitudinal. Para além disso, torna-se fundamental a inclusão da avaliação de indicadores médicos da doença. A este propósito, o uso de instrumentos como o *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI; Fredriksson & Pettersson, 1978), que avalia a severidade das lesões psoriáticas com base na sua extensão e aparência, ou o *Simplified Psoriasis Index* (Chularojanamontri et al., 2013), que possui uma versão para profissionais de saúde e outra para pacientes e que, para além da severidade da doença, avalia o impacto psicossocial e as intervenções realizadas anteriormente, possibilitariam um aprofundamento da investigação das relações examinadas no presente estudo. Um outro aspeto relevante em estudos futuros seria o recurso a grupos de controlo, quer de indivíduos sem patologia dermatológica, quer de indivíduos com outras condições dermatológicas. A comparação dos pacientes com psoríase com estes grupos de controlo possibilitaria uma compreensão mais detalhada das variáveis associadas com a psicopatologia, conduzindo à definição de intervenções psicológicas mais ajustadas. De referir também que estudos futuros poderão socorrer-se de uma medida de inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial que não o AAQ-II, atendendo a que este instrumento tem vindo a levantar

questões quanto à sua validade discriminante, sendo apontado como uma medida de *distress* psicológico, mais do que de inflexibilidade psicológica (e.g., Cherry et al., 2021; Rochefort et al., 2018; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014).

Em conclusão, na compreensão da sintomatologia psicopatológica em pessoas com um diagnóstico de psoríase deve ser considerado o papel de processos de regulação das emoções, mais precisamente do evitamento experiencial e do autojulgamento. De notar, ainda, que pessoas com uma escolaridade mais baixa poderão apresentar um maior risco para o desenvolvimento e manutenção deste tipo de sintomatologia, pelo que programas de psicoeducação e de intervenção psicológica deverão ser ajustados em função das características particulares dos pacientes. A experiência de vergonha relacionada com a doença crónica deve igualmente ser avaliada atendendo ao seu potencial papel no surgimento e manutenção de sintomas depressivos nestes pacientes. Estes elementos apontam, em termos de implicações para a prática clínica, para a relevância da avaliação dos processos de regulação emocional, em particular do evitamento experiencial e do autojulgamento, assim como da vergonha associada à doença crónica, na intervenção psicológica dirigida a pessoas com psoríase. Com efeito, as abordagens terapêuticas cognitivo-comportamentais contextuais, como os programas baseados no *Mindfulness*, a Terapia da Aceitação e Compromisso e a Terapia Focada na Compaixão, podem ser adequadas para pessoas com esta condição clínica crónica atendendo a que integram como alvo de tratamento a promoção de estratégias de regulação emocional adaptativas. Mais especificamente, estas abordagens, através de exercícios experienciais, práticas guiadas, psicoeducação acerca do funcionamento da mente humana, exercícios de autorreflexão e promoção de ações congruentes com os valores, visam a diminuição do evitamento experiencial e do autojulgamento.

REFERÊNCIAS

- Almeida, V., Leite, Â., Constante, D., Correia, R., Almeida, I. F., Teixeira, M., Vidal, D. G., Sousa, H. F., Dinis, M. A. P., & Teixeira, A. (2020). The mediator role of body image-related cognitive fusion in the relationship between disease severity perception, acceptance and psoriasis disability. *Behavioral Sciences*, 10(9), 142. <https://doi.org/10.3390/bs10090142>
- Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: Correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 563-570. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9617-0>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>

- Basavaraj, K. H., Navya, M. A., & Rashmi, R. (2011). Stress and quality of life in psoriasis: An update. *International Journal of Dermatology*, *50*(7), 783-792. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x>
- Bell, K. A., Balogh, E. A., & Feldman, S. R. (2020). An update on the impact of depression on the treatment of psoriasis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, *2*(6) 1-9. <https://doi.org/10.1080/14656566.2020.1849141>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, *54*, 203-230. https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_54_8/554
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cherry, K. M., Vander Hoeven, E., Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring “psychological flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, *101*973. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973>
- Chularojanamontri, L., Griffiths, C. E., & Chalmers, R. J. (2013). The Simplified Psoriasis Index (SPI): A practical tool for assessing psoriasis. *Journal of Investigative Dermatology*, *133*(8), 1956-1962. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.138>
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B., ... & Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, *135*(4), 984-991. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.530>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2017). *Statistics without maths for psychology* (7th ed.). Pearson Education Inc.
- Di Bello, M., Ottaviani, C., & Petrocchi, N. (2021). Compassion is not a benzo: Distinctive associations of heart rate variability with its empathic and action components. *Frontiers in Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.617443>
- Eghlileb, A. M., Davies, E. E. G., & Finlay, A. Y. (2007). Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal of Dermatology*, *156*(6), 1245-1250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x>
- Fergus, T. A. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *Journal of Affective Disorders*, *184*, 305-309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.017>
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS: And sex, drugs and rock 'n' roll* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Fredriksson, T., & Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis – Oral therapy with a new retinoid. *Dermatology*, *157*(4), 238-244. <https://doi.org/10.1159/000250839>
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds), *Body shame: Conceptualization, research and treatment* (pp. 3-47). Routledge.

- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). Guilford Press.
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002>
- Gilbert, P., McGuire, M. T. (1998). Shame, status, and social roles: Psychobiology and evolution. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 99-125). Oxford University Press.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (2nd edition). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Homan, K. J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2). <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
- Homayoon, D., Hiebler-Ragger, M., Zenker, M., Weger, W., Unterrainer, H., & Aberer, E. (2020). Relationship between skin shame, psychological distress and quality of life in patients with psoriasis: A pilot study. *Acta Dermato-Venereologica*, 100. <https://doi.org/10.2340/00015555-3563>
- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabricatore, M., Lester, D., Contardi, A., & Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.001>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- Kwan, Z., Bong, Y. B., Tan, L. L., Lim, S. X., Yong, A. S. W., Ch'ng, C. C., Tan, M. P., & Ismail, R. (2018). Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 310(5), 443-451. <https://doi.org/10.1007/s00403-018-1832-x>
- Lahousen, T., Kupfer, J., Gieler, U., Hofer, A., Linder, M. D., & Schut, C. (2016). Differences between psoriasis patients and skin-healthy controls concerning appraisal of touching, shame and disgust. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(217), 78-82.

- Lakuta, P., & Przybyła-Basista, H. (2017). Toward a better understanding of social anxiety and depression in psoriasis patients: The role of determinants, mediators, and moderators. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.007>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., Kirby, B. (2020). Examining individual differences in wellbeing, anxiety and depression in psoriasis using a clinically modified Buddhist psychological model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 27, 842-858. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09686-4>
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299-312. <https://doi.org/10.1002/cpp.659>
- Naldi, L., Peli, L., Parazzini, F., Carrel, C. F., & Psoriasis Study Group of the Italian Group for Epidemiological Research in Dermatology (2001). Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: Results of a case-control study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44(3), 433-438. <https://doi.org/10.1067/mjd.2001.110876>
- Napolitano, M., Mastroeni, S., Fania, L., Pallotta, S., Fusari, R., Uras, C., Panebianco, A., Cavani, A., Sampogna, D., & Abeni, D. (2020). Sex-and gender-associated clinical and psychosocial characteristics of patients with psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 45(6), 705-711. <https://doi.org/10.1111/ced.14218>
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- O'Leary, C. J., Creamer, D., Higgins, E., & Weinman, J. (2004). Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 465-471. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.012>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Petraškiėnė, R., Valiukeviėienė, S., & Macijauskiėnė, J. (2016). Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina*, 52(4), 238-243. <https://doi.org/10.1016/j.medic.2016.07.001>
- Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 113-139. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 311-323. <https://doi.org/10.1002/cpp.1838>
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023336002>
- Rocheftort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, 49(3), 435-449. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.008>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome stu-

- dies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017066008>
- Sampogna, F., Tabolli, S., & Abeni, D. (2012). Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(3), 299-303.
- Seppälä, E. M., Simon-Thomas, S., Brown, S. L., Worline, M. C., Cameron, C. D., & Doty, J. R. (2017). *The Oxford handbook of compassion science*. Oxford University Press.
- Silva, J. C., & Martins, S. O. (2016). *Estudo PeSsOa - Perfil clínico-epidemiológico e da qualidade de vida dos doentes com psoríase em Portugal*. https://psoportugal.pt/wp-content/uploads/2020/04/Estudo-PeSsOa_suma%CC%81rio-executivo_resultados_v1.2.pdf
- Stewart, T. J., Tong, W., & Whitfield, M. J. (2018). The associations between psychological stress and psoriasis: A systematic review. *International Journal of Dermatology*, 57(11), 1275-1282. <https://doi.org/10.1111/ijd.13956>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education Inc.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Tian, Z., Huang, Y., Yue, T., Zhou, J., Tao, L., Han, L., Yan, K., Huang, Q., Zhang, Z., & Shao, C. (2019). A Chinese cross-sectional study on depression and anxiety symptoms in patients with psoriasis vulgaris. *Psychology, Health & Medicine*, 24(3), 269-280. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529323>
- Trindade, I. A., Duarte, J., Ferreira, C., Coutinho, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The impact of illness-related shame on psychological health and social relationships: Testing a mediational model in students with chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 408-414. <https://doi.org/10.1002/cpp.2175>
- Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15(1), 72-75. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.014>
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Chronic illness-related shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients' depressive symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 255-263. <https://doi.org/10.1002/cpp.2035>
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Assessment of chronic illness-related cognitive fusion: Preliminary development and validation of a new scale with an IBD sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25, 356-366. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9536-5>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record*, 60, 249-272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- World Health Organization (WHO). (2016). Global report on psoriasis. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204417/9789241565189_eng.pdf.psoriasis;jsessionid=54912784D28C9F36ECCD45471AC5775B?sequence=1