Instituto Superior Miguel Torga

Vergonha corporal e sintomas depressivos em pessoas com e sem psoríase: A influência dos diferentes componentes da autocompaixão

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica

Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Miguel Alves de Ornelas Duarte
Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Vergonha corporal e sintomas depressivos em pessoas com e sem psoríase: A influência dos diferentes componentes da autocompaixão

Body Shame and Depressive Symptoms in People With and Without Psoriasis: The Influence of Different Components of Self-Compassion

MIGUEL ALVES DUARTE

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientador: Professor Doutor Diogo Carreiras, Professor Auxiliar ISMT

Coimbra, 2025

Agradecimentos

Antes de mais, quero deixar um agradecimento especial ao Professor Doutor Diogo Carreiras, meu orientador, pela paciência, pela orientação constante e pelos conselhos preciosos ao longo deste processo. O seu apoio foi fundamental para que este trabalho pudesse chegar a bom porto.

À minha família — aos meus pais e ao meu irmão — agradeço todo o esforço, a confiança e o amor que sempre me deram. Sem o vosso suporte, nada disto teria sido possível.

Aos meus amigos que considero como irmãos, obrigado por estarem sempre presentes, pelos momentos de incentivo, pelas longas horas de estudo e pelos cafés que tornaram esta jornada mais leve. A vossa amizade foi um pilar importante em todos os momentos, bons e difíceis.

Por fim, um agradecimento a todos os que, de perto ou de longe, acreditaram em mim e me deram forças para continuar.

Resumo

Introdução: A psoríase é uma doença inflamatória crónica da pele que afeta entre 2% e 3% da população mundial, estando frequentemente associada a consequências psicossociais relevantes. Para além das manifestações físicas, destaca-se o impacto emocional significativo, nomeadamente em sentimentos de vergonha corporal, ansiedade e depressão. A autocompaixão não constitui, por si só, uma abordagem terapêutica, mas sim um processo psicológico ou uma motivação emocional que pode estar presente em intervenções, como a Terapia Focada na Compaixão (CFT), promovendo uma relação mais saudável com o próprio corpo e um maior bem-estar psicológico.

Objetivos: Este estudo visa comparar os níveis de depressão, vergonha corporal e autocompaixão entre pessoas com psoríase e a população geral, bem como analisar o contributo das componentes da autocompaixão na explicação dos sintomas depressivos em indivíduos com psoríase. A literatura indica que os indicadores de saúde mental tendem a ser mais desfavoráveis nas pessoas com psoríase, quando comparadas com pessoas saudáveis, o que sublinha a importância de intervenções que integrem o cuidado físico e psicológico.

Métodos: Foram recolhidas duas amostras de participantes, com idades entre os 18 e os 65 anos: a primeira corresponde à população geral e foi constituída por 350 participantes (idade média = 40.12 anos; *DP* = 11.34). A segunda amostra integrou 67 indivíduos com diagnóstico de psoríase (idade média = 37.84 anos; *DP* = 9.92).

Todos os participantes completaram questionários de autorrelato, nomeadamente a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress – 21 Itens (DASS-21), a Escala de Vergonha da Imagem Corporal (BISS) e a Escala de Autocompaixão (SCS).

Resultados: Os resultados revelaram que os indivíduos com psoríase apresentavam níveis significativamente mais elevados de depressão e vergonha corporal, bem como níveis mais baixos de autocompaixão, em comparação com a população geral. Verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a autocompaixão (e as suas componentes) e os níveis de depressão e vergonha corporal. Adicionalmente, a análise de regressão linear múltipla revelou que as componentes da autocompaixão explicaram 51% da variância nos sintomas depressivos reportados por indivíduos com psoríase. Contudo, entre as várias componentes, apenas o isolamento autoavaliado se revelou um preditor estatisticamente significativo dos sintomas depressivos.

Conclusão: Os resultados obtidos salientam a existência de indicadores mais desfavoráveis de bem-estar psicológico em indivíduos com psoríase, quando comparados com a população geral. O sentimento de isolamento no sofrimento vivido emergiu como um indicador central

na explicação dos sintomas depressivos nesta população. Neste sentido, a promoção da autocompaixão, com particular enfoque na diminuição do isolamento, poderá constituir uma estratégia relevante para mitigar o sofrimento psicológico e promover o bem-estar emocional de pessoas com psoríase.

Palavras-chave: Psoríase; Depressão; Vergonha Corporal; Autocompaixão; Saúde Mental.

Abstract

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects between 2% and 3% of the global population and is frequently associated with significant psychosocial consequences. Beyond its physical manifestations, it has a marked emotional impact, particularly in terms of body shame, anxiety, and depression. Self-compassion is not, by itself, a therapeutic approach, but rather a psychological process or emotional motivation that can be present in interventions such as Compassion-Focused Therapy (CFT), promoting a healthier relationship with one's body and greater psychological well-being.

Objectives: This study aims to compare levels of depression, body shame, and self-compassion between individuals with psoriasis and the general population, as well as to analyse the contribution of the components of self-compassion in explaining depressive symptoms in individuals with psoriasis. The literature indicates that mental health indicators tend to be less favourable in people with psoriasis compared to healthy individuals, which highlights the importance of interventions that integrate both physical and psychological care.

Methods: Two samples of participants aged between 18 and 65 years were collected: the first comprised the general population and included 350 participants (mean age = 40.12 years; SD = 11.34). The second sample included 67 individuals diagnosed with psoriasis (mean age = 37.84 years; SD = 9.92). All participants completed self-report questionnaires, namely the Depression Anxiety and Stress Scales – 21 Items (DASS-21), the Body Image Shame Scale (BISS), and the Self-Compassion Scale (SCS).

Results: The results showed that individuals with psoriasis presented significantly higher levels of depression and body shame, as well as lower levels of self-compassion, compared to the general population. A statistically significant negative correlation was found between self-compassion (and its components) and levels of depression and body shame. Furthermore, multiple linear regression analysis revealed that the components of self-compassion explained 51% of the variance in depressive symptoms reported by individuals with psoriasis. However, among the various components, only self-reported isolation emerged as a statistically significant predictor of depressive symptoms.

Conclusion: The findings highlight the existence of less favourable psychological well-being indicators in individuals with psoriasis compared to the general population. The feeling of isolation in the experience of suffering emerged as a central indicator in

explaining depressive symptoms within this population. Thus, promoting self-compassion, with a particular emphasis on reducing isolation, may represent a relevant strategy for alleviating psychological distress and enhancing emotional well-being in people with psoriasis.

Keywords: Psoriasis; Depression; Body Shame; Self-Compassion; Mental Health.

Introdução

A psoríase é uma doença inflamatória crónica da pele, não transmissível e frequentemente dolorosa, que afeta entre 2% e 3% da população mundial, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016). Esta condição caracteriza-se pelo crescimento acelerado das células epidérmicas, resultando na formação de lesões eritematosas e descamativas (Rendón & Schäkel, 2019). Em Portugal, estima-se que entre 150 000 e 200 000 pessoas vivam com psoríase, embora persistam limitações na disponibilidade de dados epidemiológicos rigorosos (Estudo Pessoa, 2016).

A psoríase pode manifestar-se sob diferentes formas clínicas, cada uma com características específicas. A psoríase em placas é a forma mais comum, sendo caracterizada por lesões eritematosas elevadas, cobertas por escamas esbranquiçadas de células mortas, afetando geralmente as superfícies extensoras dos membros e o couro cabeludo (Morris et al., 2001). A forma gutata manifesta-se através de pequenas lesões vermelhas e escamosas, com aspeto semelhante a gotículas dispersas na pele, sendo mais prevalente em crianças e jovens adultos e habitualmente desencadeada por infeções bacterianas, o que contribui para o seu aparecimento súbito e disseminado (Sona et al., 2021). A psoríase pustulosa, embora mais rara, caracteriza-se pela presença de pústulas estéreis sobre áreas eritematosas; pode ser localizada ou generalizada, sendo esta última uma condição potencialmente fatal (Kılıç et al., 2001). Já a forma eritrodérmica apresenta-se com eritema e descamação generalizados, podendo afetar quase toda a superfície corporal, e é considerada uma emergência médica, dado o risco de complicações severas como desidratação, infeções e desequilíbrios eletrolíticos (Curtis & Yosipovitch, 2011). A psoríase ungueal compromete as unhas das mãos e dos pés, ocorrendo em até 80% dos indivíduos com a doença ao longo da vida, com impacto relevante na funcionalidade e autoestima (Rigopoulos et al., 2016; Lawry, 2007). Por fim, a psoríase inversa afeta principalmente áreas intertriginosas, como as axilas, virilhas e região inframamária, podendo ser de difícil diagnóstico devido à semelhança clínica com outras dermatoses (Micali et al., 2020).

A etiologia da psoríase é multifatorial, envolvendo uma interação complexa entre predisposição genética, fatores ambientais e uma desregulação imunitária generalizada (Naldi, 2013; Lockshin et al., 2018). O historial familiar constitui um fator de risco importante, dado que indivíduos com familiares próximos diagnosticados com psoríase apresentam maior probabilidade de desenvolver a doença (Parisi et al., 2020). Entre os

fatores ambientais salientam-se o tabagismo, o consumo de álcool, uma alimentação desequilibrada, a obesidade, o sedentarismo, as infeções, o uso de substâncias psicoativas e eventos de vida stressantes, todos reconhecidos como potenciais desencadeadores ou agravantes da psoríase (Naldi, 2013). Esta condição está associada a diversas comorbilidades, nomeadamente doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, diabetes e doenças inflamatórias do intestino, o que reforça a existência de uma componente inflamatória sistémica no seu processo fisiopatológico (Ahlehoff et al., 2010). A natureza crónica e inflamatória da psoríase desencadeia uma cascata de respostas imunológicas que culminam nas lesões cutâneas características da doença (Shin et al., 2021). Os doentes relatam frequentemente encargos financeiros e emocionais elevados, decorrentes da natureza invisível da doença, da estigmatização social e da escassez de opções terapêuticas eficazes, fatores que afetam significativamente a qualidade de vida e o bem-estar físico e psicológico (Lim et al., 2018; Lockshin et al., 2018).

No que concerne às variáveis psicológicas, a vergonha corporal assume um papel central na experiência dos indivíduos com psoríase. Segundo Gilbert (2002), a vergonha corporal deve ser compreendida como uma experiência biopsicossocial, caracterizada por uma autoavaliação negativa intensa, frequentemente acompanhada por sentimentos de inferioridade, impotência e inutilidade. Esta emoção autoconsciente manifesta-se em duas dimensões: a vergonha externa, que se refere à perceção da ameaça social e do receio de ser desvalorizado, rejeitado ou julgado negativamente pelos outros devido à aparência ou comportamento; e a vergonha interna, que envolve uma autocrítica severa e persistente, manifestada como uma visão negativa duradoura sobre si próprio, mesmo na ausência de observadores externos (Gilbert, 2002; Miles, 2002). No contexto da psoríase, onde as lesões cutâneas são visíveis e muitas vezes estigmatizantes, esta vergonha corporal pode ser particularmente intensa, resultando em constrangimento, retração social e impacto negativo na autoestima. Miles (2002) ressalta que a vergonha desempenha um papel crucial na diminuição da qualidade de vida destas pessoas, sugerindo a necessidade de abordagens terapêuticas que considerem esta dimensão emocional para melhorar o bem-estar psicológico.

A psoríase pode manifestar-se sob diferentes formas clínicas, cada uma com características específicas. As variantes mais frequentemente diagnosticadas incluem a psoríase em placas, gutata, pustulosa, eritrodérmica, ungueal e inversa (Vashist et al., 2019). A psoríase em placas é a forma mais comum, sendo caracterizada por lesões

eritematosas elevadas, cobertas por escamas esbranquiçadas de células mortas, afetando geralmente as superfícies extensoras dos membros e o couro cabeludo (Morris et al., 2001). A forma gutata da psoríase manifesta-se através de pequenas lesões vermelhas e escamosas, com aspeto semelhante a gotículas dispersas na pele. É mais prevalente em crianças e jovens adultos, sendo habitualmente desencadeada por infeções bacterianas, o que contribui para o seu aparecimento súbito e disseminado (Sona et al., 2021). A psoríase pustulosa, embora mais rara, caracteriza-se pela presença de pústulas estéreis sobre áreas eritematosas. Pode ser localizada ou generalizada, sendo esta última uma condição potencialmente fatal (Kılıç et al., 2001). Já a forma eritrodérmica apresenta-se com eritema e descamação generalizados, podendo afetar a quase totalidade da superfície corporal. É considerada uma emergência médica, dado o risco de complicações severas, como desidratação, infeções e desequilíbrios eletrolíticos (Curtis & Yosipovitch, 2011). A psoríase ungueal compromete as unhas das mãos e dos pés, ocorrendo em até 80% dos indivíduos com a doença ao longo da vida, com impacto relevante na funcionalidade e autoestima (Rigopoulos et al., 2016; Lawry, 2007). Por fim, a psoríase inversa afeta principalmente áreas intertriginosas, como as axilas, virilhas e região inframamária, podendo ser de difícil diagnóstico devido à semelhança clínica com outras dermatoses (Micali et al., 2020).

O tratamento da psoríase envolve diferentes abordagens terapêuticas, consoante a gravidade da doença. Nos casos leves, os tratamentos tópicos constituem geralmente a primeira linha de intervenção, incluindo corticosteroides, análogos da vitamina D e retinoides (Bronckers et al., 2015). Em situações de psoríase moderada a grave, recorre-se frequentemente a terapias sistémicas, como o metotrexato, a acitretina e, mais recentemente, os medicamentos biológicos. Estes últimos têm demonstrado elevada eficácia, sobretudo em doentes que não responderam adequadamente às terapêuticas convencionais (Honma & Hayashi, 2021).

Para compreender o impacto da psoríase na saúde mental dos indivíduos, é essencial considerar a interação entre os sintomas físicos da doença e o bem-estar psicológico dos doentes. Enquanto doença inflamatória crónica e visível, a psoríase não só provoca alterações cutâneas desfigurantes, como também interfere significativamente com a qualidade de vida e a saúde mental dos pacientes (Mansh et al., 2022). O seu impacto estende-se além da pele, estando associado a níveis elevados de ansiedade, depressão e ideação suicida (Parisi et al., 2019). Estudos indicam que esta condição pode comprometer gravemente o funcionamento físico e mental, afetando o bem-estar

psicológico e a produtividade no contexto laboral (Jeon et al., 2017). Comparativamente a outras doenças crónicas, como a diabetes, a psoríase pode ter um impacto superior na qualidade de vida, sendo esse impacto equiparável ao observado em patologias como a asma ou a artrite (Khorsand & Sidbury, 2014). A sua natureza persistente, aliada aos sintomas físicos e consequências emocionais, pode constituir um fardo contínuo, interferindo com o bem-estar geral e as atividades quotidianas (Kouris et al., 2015). A literatura aponta ainda para uma prevalência superior de perturbações psicológicas em indivíduos com psoríase, quando comparados com pessoas saudáveis, o que sublinha a importância de intervenções que integrem o cuidado físico e psicológico (Almeida et al., 2020).

A psoríase pode ter um impacto profundo na imagem corporal dos indivíduos, conduzindo frequentemente a sentimentos de vergonha (Sampogna et al., 2012). Esta emoção, de natureza autoconsciente, é multifacetada e caracteriza-se por uma autoavaliação negativa intensa, frequentemente acompanhada por sentimentos de inferioridade, impotência e inutilidade (Dolezal & Gibson, 2022). Importa distinguir entre vergonha externa e vergonha interna, uma vez que estas representam dimensões distintas desta experiência emocional. A vergonha externa refere-se à perceção de ameaça proveniente do exterior, manifestando-se quando o indivíduo sente que é alvo de desvalorização, julgamento ou rejeição por parte dos outros, seja devido ao seu comportamento ou ao receio de ser identificado com um grupo estigmatizado. Neste caso, a preocupação centra-se na forma como se é visto socialmente, estando frequentemente associada ao medo de ser considerado pouco atraente, inferior ou indigno (Dolezal & Gibson, 2022). Por sua vez, a vergonha interna diz respeito à visão negativa que a pessoa desenvolve sobre si própria, frequentemente alimentada pela autocrítica. Embora possa ter origem na antecipação de uma audiência social, a vergonha interna tende, com o tempo, a tornar-se uma experiência mais centrada no self, persistindo mesmo na ausência de outros e traduzindo-se numa sensação duradoura de inadequação ou desvalorização pessoal (Dolezal & Gibson, 2022).

No modelo biopsicossocial proposto por Paul Gilbert, a vergonha é compreendida como uma emoção complexa que integra componentes biológicos, psicológicos e sociais, desempenhando um papel crucial na regulação das relações interpessoais e na segurança emocional (Gilbert, 2006; 2007). Gilbert destaca que a vergonha externa está relacionada com o medo da rejeição social e o desejo de aceitação, funcionando como um mecanismo evolutivo para manter a coesão grupal e a

reciprocidade social. A vergonha interna, por outro lado, está profundamente ligada à autocrítica e à manutenção de padrões internos de aceitação, influenciando a forma como o indivíduo se vê e se relaciona consigo próprio. Este enfoque biopsicossocial permite compreender a vergonha não apenas como uma resposta emocional isolada, mas como um fenómeno que atua em múltiplos níveis e que pode potenciar sofrimento psicológico quando exacerbado, como frequentemente ocorre em pessoas com psoríase.

A vergonha tem implicações significativas ao nível do funcionamento intrapessoal e interpessoal, sendo reconhecida como uma das principais respostas emocionais a experiências de sofrimento psicológico. No contexto da psoríase, diversos estudos têm demonstrado uma associação consistente entre a presença da doença e elevados níveis de vergonha, constrangimento e estigma, que comprometem seriamente a qualidade de vida, as relações interpessoais, as atividades sociais, a vida profissional e o bem-estar psicológico (Sampogna et al., 2012; Moon et al., 2013).Estes sentimentos podem comprometer seriamente a qualidade de vida dos doentes, interferindo com as suas relações interpessoais, atividades sociais, vida profissional e bem-estar psicológico (Moon et al., 2013). A aparência das lesões psoriáticas exerce um papel determinante na construção de uma autoimagem negativa, podendo originar baixa autoestima, constrangimento e insatisfação com o corpo (Kouris et al., 2017). Nesses casos, a vergonha está geralmente relacionada com a visibilidade e extensão das lesões cutâneas, e estudos sugerem que a sua intensidade tende a acompanhar a gravidade da doença, estando ainda associada à sintomatologia depressiva (Lahousen et al., 2016; Sampogna et al., 2012).

A depressão constitui uma das comorbilidades mais relevantes na psoríase, sendo mais prevalente em doentes com formas graves da doença ou com comorbilidades inflamatórias associadas, como a artrite psoriática. Esta última não deve ser confundida com uma forma clínica da psoríase cutânea, mas sim reconhecida como uma condição inflamatória distinta, que afeta as articulações em indivíduos com psoríase e que pode agravar o quadro clínico geral (Tribó et al., 2019). Os indivíduos com psoríase apresentam, em média, níveis mais elevados de depressão comparativamente à população geral (Lakshmy et al., 2015), sendo o medo da rejeição social, o autoestigma e a vergonha fatores psicossociais que podem agravar esta condição (Griffiths et al., 2017). Além disso, a presença de depressão nestes pacientes está associada a um maior risco de desenvolvimento de doenças sistémicas, como patologias cardiovasculares,

renais e hepáticas, o que sublinha a complexidade e a gravidade da interação entre as componentes físicas e psicológicas da doença (Hu et al., 2019).

A autocompaixão, tal como conceptualizada por Neff (2003), refere-se à capacidade de tratar-se a si próprio com bondade, compreensão e aceitação face a situações de sofrimento, fracasso ou imperfeição. Este constructo representa uma abordagem inovadora na regulação emocional, na medida em que contraria a tendência habitual para o autojulgamento severo e a autocrítica, propondo, em alternativa, uma atitude compassiva perante o próprio sofrimento. De acordo com Neff (2003), a autocompaixão integra três componentes fundamentais: a auto-bondade (em oposição à autocrítica), a humanidade comum (em oposição ao isolamento) e a atenção plena (mindfulness) (em oposição à sobreidentificação). O primeiro componente, a autobondade, implica sermos gentis e compreensivos connosco em situações de dor ou fracasso, em vez de nos criticarmos severamente. Em vez de nos autojulgarmos e nos punirmos por falhas, somos encorajados a tratar-nos com a mesma gentileza, cuidado e compreensão que ofereceríamos a um amigo próximo em momentos difíceis. A autobondade envolve reconhecer que ser humano é ser imperfeito e que todos cometemos erros (Neff, 2003). O segundo componente, a humanidade comum, refere-se ao reconhecimento de que o sofrimento e as dificuldades fazem parte da experiência humana. Em vez de nos sentirmos isolados nos nossos problemas e falhas, somos lembrados de que todos os seres humanos enfrentam desafios. A humanidade comum ajuda as pessoas a perceber que não estão sozinhas e que é natural passar por momentos difíceis. Este reconhecimento pode diminuir o sentimento de isolamento e aumentar a nossa sensação de conexão com os outros (Neff, 2003). O terceiro componente é a atenção plena (mindfulness), que envolve estar consciente e presente no momento atual, aceitando as emoções e pensamentos sem julgamentos ou resistência. Esta componente é crucial para a autocompaixão, pois permite observar e reconhecer as experiências de sofrimento de forma equilibrada e clara, sem maximizar ou minimizar a dor. A prática da atenção plena ajuda a criar um espaço de aceitação e compreensão, permitindo lidar melhor com as emoções negativas e responder de maneira mais compassiva (Neff, 2003).

Para além de favorecer uma resposta emocional mais adaptativa perante a adversidade, a autocompaixão contribui para a construção de um sentido de pertença à condição humana, através do reconhecimento de que o sofrimento e o erro são experiências universais. Esta dimensão de humanidade comum tem o potencial de

reduzir o sentimento de isolamento frequentemente associado ao sofrimento individual, reforçando a empatia, a conexão interpessoal e o suporte social percebido (Neff, 2003; Zessin et al., 2015). Assim, a prática da autocompaixão constitui não apenas uma estratégia individual de autorregulação emocional, mas também um facilitador de vínculos interpessoais mais sólidos e autênticos, o que a torna particularmente relevante na promoção da saúde mental. Ao promover uma atitude mais gentil e compreensiva perante as próprias dificuldades, a autocompaixão tem demonstrado ser um recurso psicológico promotor de bem-estar, estando associada a níveis mais baixos de stress, ansiedade e depressão, bem como a uma maior resiliência emocional e satisfação com a vida (Neff, 2003; Neff & Germer, 2013).

A Terapia Focada na Compaixão (CFT), desenvolvida por Paul Gilbert, baseia-se na promoção da autocompaixão como mecanismo central para a regulação emocional e redução do sofrimento psicológico (Gilbert, 2009a). Esta abordagem terapêutica integra princípios biopsicossociais, focando-se na promoção de uma mente compassiva capaz de enfrentar desafios emocionais, incluindo aqueles associados a condições crónicas como a psoríase (Gilbert, 2009b, 2010). A CFT tem vindo a ser reconhecida como uma intervenção eficaz para fortalecer a autocompaixão e melhorar o bem-estar psicológico em diversos contextos clínicos.

A investigação tem demonstrado que a autocompaixão está associada a vários resultados positivos, incluindo níveis mais baixos de ansiedade e depressão (Neff & Germer, 2012). Estudos também evidenciam que a autocompaixão exerce um impacto positivo em diversas doenças, incluindo a psoríase. Neste contexto, a pesquisa indica indica que intervenções focadas na autocompaixão podem estar associadas a melhores resultados clínicos, regulação emocional e qualidade de vida em doentes com doenças dermatológicas, como a psoríase (Amjad et al., 2023). O estudo transversal e observacional de Amjad et al. (2023) trouxe evidências sobre a relação entre autocompaixão, regulação emocional e sofrimento psicológico em pacientes com psoríase, sem avaliar diretamente qualquer intervenção terapêutica. De maneira semelhante, Schellekens et al. (2016) descobriram que a autocompaixão reportada pelos próprios pacientes está positivamente associada ao bem-estar psicológico, incluindo a diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, bem como ao aumento da satisfação com a vida. Além dos estudos mencionados, um estudo conduzido por Galhardo et al. (2022) trouxe novas informações sobre o impacto psicológico da psoríase, investigando os processos de regulação emocional e a vergonha associada à doença. Com uma

amostra de 148 participantes diagnosticados com psoríase, o estudo analisou como o evitamento experiencial, a autocompaixão e a vergonha específica relacionada à condição crónica influenciam os sintomas de depressão, ansiedade e stress. Os autores salientaram que abordagens terapêuticas focadas na melhoria da regulação emocional e na redução da vergonha, como a Terapia Focada na Compaixão, podem ser particularmente eficazes na gestão do sofrimento psicológico em pessoas com psoríase. Apesar dos avanços verificados na literatura, persiste uma lacuna importante no conhecimento científico: nenhum estudo conhecido integrou, de forma simultânea e comparativa, a análise dos sintomas depressivos, da vergonha corporal e das diferentes componentes da autocompaixão em pessoas com psoríase e indivíduos sem a doença. Esta ausência de investigação integrada limita a compreensão aprofundada das interações entre estas variáveis e a identificação de potenciais alvos para intervenções psicoterapêuticas mais precisas e eficazes.

Neste sentido, os objetivos deste estudo foram: (1) comparar os sintomas depressivos, a vergonha relacionada com a imagem corporal e as diferentes componentes da autocompaixão entre pessoas com psoríase e a população geral; e (2) compreender o contributo individual de cada uma das componentes da autocompaixão na explicação dos sintomas depressivos em pessoas com psoríase. As hipóteses deste estudo foram que indivíduos com psoríase apresentariam níveis significativamente mais elevados de sintomatologia psicopatológica, bem como níveis significativamente mais baixos nas diversas componentes da autocompaixão, em comparação com a população geral; e que as componentes da autocompaixão contribuiriam de forma significativa para a explicação da sintomatologia depressiva em pessoas com psoríase.

Material e Métodos

Participantes

O presente estudo incluiu duas amostras de participantes: uma da população geral e outra de pessoas com diagnóstico de psoríase, cujas características sociodemográficas se encontram detalhadas na Tabela 1. Todos os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos e eram de nacionalidade portuguesa.

A amostra da população geral foi composta por 321 indivíduos, sendo 26.3% do sexo masculino e 73.7% do sexo feminino. A média de idades foi de 40,04 anos (*DP* = 12.74). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes (89.7%) encontrava-se solteira ou casada/união de facto. Relativamente ao nível socioeconómico, 9% dos

participantes eram de nível baixo, 85.4% de nível médio e 5.6% de nível alto. Em relação ao grau de escolaridade, a maior parte dos participantes possuía licenciatura (49.8%).

A amostra de pessoas com diagnóstico de psoríase foi composta por 67 indivíduos, dos quais 28.4% eram do sexo masculino e 71.6% do sexo feminino. A média de idades foi de 40.69 anos (*DP* = 12.38). Em termos de estado civil, 89.5% dos participantes eram solteiros ou casados/união de facto. O nível socioeconómico baixo foi identificado em 9% dos participantes, o nível médio em 86.6% e o nível alto em 4.5%. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria possuía licenciatura (38.8%).

Tabela 1
Características da população geral e pessoas com diagnóstico de psoríase.

Variável	**População geral (*N* = 321)**		**População com psoríase (*N* = 67)**	
	n	*%*	*n*	*%*
Género				
Feminino	238	74.1	48	71.6
Masculino	83	25.9	19	28.4
Estado civil				
Solteiro	121	37.7	24	35.8
Casado/união de facto	167	52	36	53.7
Divorciado/separado	28	8.7	6	9.0
Viúvo	5	1.6	1	1.5
Nível socioeconómico				
Muito baixo/baixo	29	9.0	6	9
Médio	274	85.4	58	86.6
Alto/muito alto	18	5.6	3	4.5
Nível de escolaridade				
9º ano ou inferior	13	4	5	7.5
Ensino secundário	99	30.8	21	31.3
Licenciatura	160	49.8	26	38.8
Mestrado	47	14.6	14	20.9
Doutoramento	2	0.6	1	1.5

No que respeita à gravidade da psoríase, 14 participantes (20.9%) relataram uma condição leve, 35 participantes (52.2%) indicaram uma condição moderada e 18 participantes (26.9%) relataram uma condição grave. Quanto à área do corpo afetada, 18 participantes (26.9%) mencionaram uma área pequena, 35 participantes (52.2%) referiram uma área moderada e 14 participantes (20.9%) indicaram uma área extensa. Relativamente ao acompanhamento psicológico, 60 participantes (89.6%) relataram não ter recebido acompanhamento, enquanto 7 participantes (10.4%) indicaram que haviam recebido.

Em relação ao tempo de diagnóstico, as respostas variaram entre 2 e 650 meses, com 240 meses (20 anos) sendo o valor mais frequente, com 10 respostas. Quanto ao tipo de psoríase diagnosticado, a psoríase em placas (ou psoríase vulgar) foi a mais comum, com 32 respostas (47.8%), seguida pela psoríase gutata (ou em gota), com 13 respostas (19.4%).

Instrumentos de Avaliação

Foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico que abrange diversas áreas, incluindo idade, género, estado civil, nível socioeconómico, nível de escolaridade e questões relacionadas com a psoríase. Estas questões abordaram o tempo de diagnóstico, a existência de histórico familiar com psoríase, o tipo específico de psoríase diagnosticado, a área do corpo afetada (designada na fase de recolha de dados como “extensão do impacto no corpo”), a autoperceção da gravidade da condição e a experiência de acompanhamento psicológico/psiquiátrico relacionado com a psoríase. A designação “área do corpo afetada” é utilizada de forma uniforme ao longo do presente trabalho para garantir consistência terminológica. Embora a variável “histórico familiar com psoríase” tenha sido recolhida, não foi incluída na análise estatística apresentada nos resultados, não sendo, por conseguinte, retomada nessa secção.

A Body Image Shame Scale (BISS), desenvolvida por Duarte et al. (2015), é uma escala de autorresposta composta por 14 itens, distribuídos por duas subescalas: vergonha corporal externa (VCE) e vergonha corporal interna (VCI), cada uma composta por sete itens. O principal objetivo desta escala é avaliar a experiência de vergonha focada na imagem corporal. Os participantes respondem utilizando uma escala de cinco pontos, onde 0 corresponde a "Nunca" e 4 a "Quase sempre". Pontuações mais elevadas indicam níveis mais intensos de vergonha em relação à imagem corporal. Os

participantes são instruídos a responder tendo em conta a frequência com que experienciam sentimentos ou vivenciam experiências de vergonha. A escala apresentou uma excelente consistência interna, com valores de alfa de Cronbach de .93 na subescala de VCI e .92 na VCE (Duarte et al., 2014). No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach obtidos foram de .93 na dimensão VCE e .94 na dimensão VCI.

A Self-Compassion Scale (SCS), desenvolvida por Neff (2003) e adaptada para a população portuguesa por Castilho e Pinto-Gouveia (2006), é uma escala de autorresposta composta por 26 itens distribuídos em seis subescalas: autobondade, autocrítica, humanidade comum, isolamento, mindfulness e sobreidentificação. O objetivo principal desta escala é avaliar a atitude compassiva em relação a si próprio. Os participantes respondem utilizando uma escala tipo Likert, em que 1 corresponde a "Quase nunca" e 5 a "Quase sempre". Pontuações mais elevadas indicam um maior nível de autocompaixão. A escala apresentou uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach total de .92 na versão original (Neff, 2003) e de .90 na adaptação portuguesa (Castilho & Pinto-Gouveia, 2006). As subescalas também demonstram níveis adequados de fidelidade, com alfas que variam entre .75 e .81. No presente estudo, o total da SCS obteve um alfa de Cronbach de .93 e as subescalas variaram entre .70 e .79.

A Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004), é uma escala de autorresposta composta por 21 itens distribuídos em três subescalas (com sete itens cada): depressão, ansiedade e stress. O principal objetivo desta escala é avaliar a presença e intensidade de sintomas relacionados com a ansiedade, depressão e stress. Os participantes respondem utilizando uma escala tipo Likert, em que 1 corresponde a "Não se aplicou a mim" e 4 a "Aplicou-se a mim a maior parte das vezes". Pontuações mais elevadas indicam estados afetivos mais negativos. A subescala de depressão apresenta uma excelente consistência interna, com um alfa de Cronbach de .91 na versão original (Lovibond & Lovibond, 1995) e de .85 na versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo, foi utilizada apenas a subescala de depressão, que obteve um alfa de Cronbach de .89.

Procedimentos

Esta dissertação está inserida no projeto de investigação intitulado A vergonha corporal, autocompaixão e depressão na comunidade geral e em pessoas com alopecia e psoríase. Inicialmente, foram enviados pedidos de autorização, via e-mail, aos autores dos instrumentos de avaliação utilizados neste estudo. Em simultâneo, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, tendo obtido parecer favorável (referência: CE-P11-24) para a sua realização.

A recolha de dados decorreu entre fevereiro e abril de 2024 e incluiu uma população-alvo composta por indivíduos diagnosticados com psoríase. Os critérios de inclusão definidos foram: diagnóstico de psoríase, idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, e nacionalidade portuguesa. Para possibilitar comparações, foram igualmente recrutados participantes sem qualquer doença autoimune, permitindo uma análise mais abrangente e a comparação significativa das variáveis em estudo.

O protocolo de investigação foi elaborado e disponibilizado na plataforma online Google Forms. No início do questionário, foram apresentadas informações essenciais sobre o estudo, incluindo a sua finalidade e objetivos, os critérios de inclusão dos participantes, os procedimentos éticos, e o pedido de consentimento informado. Foi ainda assegurado aos participantes que a confidencialidade e o anonimato dos dados seriam integralmente respeitados, sendo as informações recolhidas utilizadas exclusivamente para fins de investigação.

A divulgação do estudo foi realizada através de diferentes canais, de forma a garantir uma ampla participação. Foram utilizados grupos específicos sobre psoríase nas redes sociais (Facebook, Instagram, Messenger e WhatsApp), bem como o envio de e-mails dirigidos a clínicas e médicos especializados em dermatologia e psoríase. Adicionalmente, a investigação foi promovida na página do Facebook da PSOPortugal – Associação Portuguesa da Psoríase, assegurando a inclusão de participantes de diferentes contextos e contribuindo para a representatividade e validade dos dados recolhidos.

Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS, versão 28). Para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), complementado pela análise dos valores de assimetria e curtose. A ausência de significância estatística no teste K-S ($p > .05$), bem como valores de assimetria inferiores a 3 e de curtose inferiores a 10, foram considerados indicadores de uma distribuição normal (Kline, 2015).

A caracterização da amostra foi efetuada através de estatísticas descritivas, com o cálculo de médias e desvios padrão para as variáveis contínuas, e de frequências absolutas e relativas (percentagens) para as variáveis categóricas. Para testar diferenças entre os participantes da população geral e os participantes diagnosticados com psoríase, foi aplicado o teste *t-student* para amostras independentes. O tamanho do efeito foi interpretado com base nos critérios propostos por Cohen (1988), segundo os quais valores de $d = 0.20$ indicam efeitos pequenos, $d = 0.50$ efeitos médios, e $d = 0.80$ ou superiores efeitos grandes.

Para explorar as associações entre as diferentes componentes da autocompaixão (e o total da escala) e os indicadores psicológicos nos participantes com psoríase, foram calculados coeficientes de correlação de Pearson. A magnitude das correlações foi interpretada de acordo com os critérios propostos por Dancey e Reidy (2007), considerando-se valores inferiores a .20 como muito fracos, entre .20 e .39 como fracos, entre .40 e .69 como moderados, e entre .70 e .89 como fortes. Adicionalmente, para examinar o poder preditivo das componentes da autocompaixão sobre os sintomas depressivos nesta população, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla. Inicialmente, foi verificada a significância global do modelo através da análise do valor de F e do respetivo nível de significância (p). Em seguida, foi avaliado o coeficiente de determinação (R^2), que indica a proporção da variância dos sintomas depressivos explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo. Para garantir o cumprimento dos pressupostos da regressão linear, foram examinados o valor do teste de Durbin-Watson, que avalia a independência dos resíduos (valores próximos de 2 indicam ausência de autocorrelação), e os Fatores de Inflação da Variância (VIF), que permitem identificar a presença de multicolinearidade entre os preditores. VIFs superiores a 10 são considerados indicativos de problemas de multicolinearidade,

comprometendo a validade do modelo (Field, 2013). No que respeita ao tamanho da amostra necessário para a condução da regressão linear múltipla, seguiu-se a regra clássica de, pelo menos, 10 participantes por variável preditora. Assim, o tamanho da amostra deste estudo (n = 67) foi considerado adequado para a análise realizada, que incluiu seis preditores (Riley et al., 2019).

Resultados

Análise preliminar dos dados

A análise inicial dos dados, através da inspeção visual dos *boxplots*, não revelou a presença de *outliers* significativos, pelo que não foi necessário proceder à exclusão de casos da amostra. Embora o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) tenha apresentado resultados estatisticamente significativos para as variáveis em estudo ($p < .001$), a normalidade das distribuições foi considerada aceitável, dado que os valores de assimetria e curtose se encontravam dentro dos limites recomendados (< 3 para assimetria e < 10 para curtose; Kline, 2015). No que respeita à análise de regressão, verificou-se que o valor do teste de Durbin-Watson foi adequado (2.35), indicando independência dos resíduos. Adicionalmente, os valores VIF foram inferiores a 10, sugerindo a ausência de multicolinearidade entre os preditores.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas entre Pessoas com Psoríase e População Geral

A Tabela 2 apresenta os dados comparativos entre a população geral e a população com psoríase relativamente às variáveis psicológicas em estudo. Relativamente aos indicadores de sintomatologia psicológica, a população com psoríase apresentou níveis significativamente superiores de sintomas depressivos (M = 6.49, DP = 5.35) em comparação com a população geral (M = 4.85, DP = 4.32), com um tamanho do efeito de d = 0.33, indicando uma magnitude pequena a moderada. De forma semelhante, os níveis de vergonha corporal interna foram mais elevados no grupo com psoríase (M = 11.90, DP = 7.50) do que na população geral (M = 9.82, DP = 7.36), com d = 0.28, correspondendo a um efeito pequeno. Também a vergonha corporal externa foi significativamente superior na população com psoríase (M = 7.54, DP = 7.59)

relativamente à população geral (M = 5.36, DP = 6.17), com d = 0.31, indicando novamente um efeito de pequena a média magnitude. Por fim, no que respeita à dimensão sobre-identificação, verificou-se que a população com psoríase apresentou valores significativamente superiores (M = 3.07, DP = 0.75) em comparação com a população geral (M = 2.90, DP = 0.79), com um tamanho do efeito de d = 0.22, o que corresponde a um efeito pequeno.

Tabela 2
Estatísticas descritivas e comparação entre grupos (população geral e pessoas com psoríase)

Variáveis	**População geral (*n* = 321)**	**População com psoríase (*n* = 67)**	***T (gl)***	***p***	***d***
	M (DP)	*M (DP)*			
Autocompaixão total (SCS)	3.21 (0.60)	2.99 (0.62)	2.64 (386)	0.01	0.36
Depressão (DASS)	4.85 (4.32)	6.49 (5.35)	-2.36 (386)	0.02	0.34
Vergonha interna (BISS)	9.82 (7.36)	11.90 (7.50)	-2.10 (386)	0.04	0.28
Vergonha externa (BISS)	5.36 (6.17)	7.54 (7.59)	-2.20 (386)	0.03	0.31
AutoBondade (SCS)	3.09 (0.75)	2.89 (0.75)	2.00 (386)	0.05	0.27
Autocriticismo (SCS)	2.82 (0.70)	2.99 (0.84)	-1.72 (386)	0.09	0.21
Humanidade Comum (SCS)	3.33 (0.68)	3.17 (0.72)	1.78 (386)	0.08	0.23
Isolamento (SCS)	2.75 (0.83)	3.03 (0.87)	-2.43 (386)	0.02	0.32
Mindfulness (SCS)	3.34 (0.74)	3.01 (0.66)	3.30 (386)	<0.001	0.46
Sobre-identificação (SCS)	2.90 (0.79)	3.07 (0.76)	-1.61 (386)	0.01	0.22

Nota. M = Média*, DP* = Desvio-padrão*, gl* = graus de liberdade. SCS = Self-compassion Scale. DASS = Depression Anxiety Stress Scales e Stress. BISS = Body Image Shame Scale

No que diz respeito à autocompaixão global, a população com psoríase apresentou uma média significativamente inferior (M = 2.99, DP = 0.62) em comparação com a população geral (M = 3.21, DP = 0.60), com um tamanho do efeito de d = 0.36, indicando uma diferença de pequena a média magnitude. Analisando as componentes específicas da autocompaixão, observaram-se diferenças significativas em várias dimensões. Na dimensão AutoBondade, a média foi inferior no grupo com psoríase (M = 2.89, DP = 0.75) face à população geral (M = 3.09, DP = 0.75), com um d = 0.27, correspondente a um efeito pequeno. Também na dimensão Mindfulness, os participantes com psoríase apresentaram valores mais baixos (M = 3.01, DP = 0.66) do que os da população geral (M = 3.34, DP = 0.74), com um d = 0.46, sugerindo um efeito de magnitude moderada. Por outro lado, na dimensão Isolamento, a população com psoríase obteve uma média superior (M = 3.03, DP = 0.87) em relação à população geral (M = 2.75, DP = 0.83), com um d = 0.33, indicativo de um efeito de pequena a média magnitude. Por fim, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de Autocríticismo e Humanidade Comum.

Análise de Correlações na Amostra de Pessoas Com Psoríase

Foram analisadas as correlações entre as componentes da autocompaixão e os indicadores de psicopatologia na amostra de participantes com psoríase (Tabela 3). A autocompaixão total revelou correlações negativas moderadas com os sintomas depressivos (r = –.626, p < .001), com a vergonha interna (r = –.547, p < .001) e com a vergonha externa (r = –.592, p < .001), indicando que níveis mais elevados de autocompaixão estão associados a níveis mais baixos destas variáveis.

As componentes positivas da autocompaixão, nomeadamente AutoBondade, Humanidade Comum e Mindfulness, apresentaram correlações negativas com os sintomas psicológicos, com destaque para a AutoBondade (r = –.489 com sintomas depressivos, r = –.401 com vergonha interna, e r = –.462 com vergonha externa) e para o Mindfulness (r = –.49 com sintomas depressivos, r = .41 com vergonha interna, e r = .49 com vergonha externa). A Humanidade Comum apresentou correlações mais fracas, ainda que significativas (r variando entre .17 e .31).

Por outro lado, as componentes negativas da autocompaixão (Autocriticismo, Isolamento e Sobre-identificação) correlacionaram-se positivamente com os sintomas depressivos e vergonha interna e externa, com valores moderados (r variando entre .51

e .59), evidenciando que maiores níveis destas componentes se associam a maiores níveis de sintomas depressivos e vergonha corporal.

Tabela 3
Correlações de Pearson entre as componentes da autocompaixão e as restantes variáveis em estudo na amostra de pessoas com psoríase (N = 67)

	Sintomas depressivos (DASS)	Vergonha interna (BISS)	Vergonha externa (BISS)
Auto-compaixão total (SCS)	-.626*	-.547*	-.592*
AutoBondade (SCS)	-.489*	-.401*	-.462*
Humanidade Comum (SCS)	-.310*	-.173	-.243*
Mindfulness (SCS)	-.492*	-.411*	-.489*
Autocriticismo (SCS)	.553*	.535*	.591*
Isolamento (SCS)	.567*	.518*	.590*
Sobre-identificação (SCS)	.556*	.511*	.532*

Nota. *$p < .001$; DASS = Depression Anxiety Stress Scales e Stress. BISS = Body Image Shame Scale

Componentes da Autocompaixão como Preditores dos Sintomas Depressivos em Pessoas com Psoríase

Com o objetivo de compreender o poder preditivo das componentes da autocompaixão nos sintomas depressivos em pessoas com psoríase, foi realizada uma regressão linear múltipla, tendo como variável dependente os sintomas depressivos e como preditores as seis componentes da autocompaixão. O modelo foi estatisticamente significativo, $F(6, 60) = 12.500$, $p < .001$, explicando aproximadamente 51% da variância da sintomatologia depressiva. Entre os preditores, apenas a componente Isolamento revelou ser um preditor significativo dos sintomas depressivos, $B = .54$, p

< .001. As restantes componentes (AutoBondade, Autocriticismo, Humanidade Comum, Mindfulness e Sobre-identificação) não apresentaram contributos estatisticamente significativos no modelo, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4. *Regressão linear a predizer os sintomas depressivos em pessoas com psoríase (N = 67)*

	R^2	R^2 ajustado	B	Erro	VIF
	.56	.51			
AutoBondade (SCS)			-.05	.97	2.46
Autocriticismo (SCS)			.10	1.01	3.39
Humanidade Comum (SCS)			-.07	.80	1.56
Isolamento (SCS)			.54**	.84	2.51
Mindfulness (SCS)			.02	1.02	2.11
Sobreidentificação (SCS)			0.11	1.18	3.82

Nota: *p < .01, **p < .001; SCS = Self-compassion Scale

Discussão

A psoríase é uma condição inflamatória crónica da pele que acarreta um impacto significativo na saúde mental dos pacientes, nomeadamente ao nível dos sintomas depressivos, sentimentos de vergonha e autoestima (Almeida et al., 2020; Parisi et al., 2019). Caracterizada por lesões cutâneas visíveis, esta doença tende a provocar sentimentos intensos de vergonha e a fomentar o isolamento social, o que, por sua vez, intensifica o sofrimento psicológico (Lakuta & Przybyła-Basista, 2017). A literatura tem apontado que variáveis como a autocompaixão e o autocriticismo desempenham um papel relevante na experiência e regulação emocional de doenças dermatológicas crónicas, sendo que o autocriticismo se destaca como um fator de risco ou vulnerabilidade acrescida para o agravamento do sofrimento psicológico (Lim et al., 2018). Em particular, a autocompaixão — definida como a capacidade de tratar-se com bondade e compreensão face ao sofrimento pessoal — tem vindo a ser destacada como

um recurso psicológico com efeitos benéficos na saúde mental (Neff & Vonk, 2009). Estudos como o de Galhardo et al. (2022), realizado em Portugal, aprofundaram a relação entre variáveis de regulação emocional (como evitamento experiencial, autojulgamento e autocompaixão) e a psoríase, incluindo ainda fatores sociodemográficos e clínicos. Esta investigação salientou a necessidade de integrar fatores emocionais nos planos terapêuticos para alcançar intervenções mais eficazes. No entanto, permanecem lacunas no conhecimento relativamente ao contributo das diferentes componentes da autocompaixão para o bem-estar psicológico em indivíduos com psoríase. Neste enquadramento, o presente estudo teve como principal objetivo analisar a forma como a vergonha relacionada com a imagem corporal e as componentes da autocompaixão se associam aos sintomas depressivos, comparando indivíduos com psoríase e a população geral.

As amostras deste estudo, compostas por indivíduos da população geral e por pessoas com psoríase, apresentaram uma predominância feminina em ambos os grupos, ainda que ligeiramente menos expressiva no grupo com psoríase. Na população geral, cerca de três quartos dos participantes eram mulheres, ao passo que no grupo clínico esta proporção foi ligeiramente inferior. Esta diferença é coerente com a literatura, que aponta para uma prevalência da psoríase relativamente equilibrada entre géneros, com uma ligeira predominância no sexo masculino (Oliveira et al., 2015). A maior participação feminina poderá ser explicada por uma tendência mais acentuada das mulheres para integrarem estudos na área da saúde, padrão este amplamente documentado (Magin et al., 2009).

No que concerne ao estado civil e estatuto socioeconómico, os dados descritivos indicam que ambos os grupos tinham distribuições aparentes semelhantes, com a maioria dos participantes a ser casada ou a viver em união de facto, seguida por um número considerável de pessoas solteiras. A nível socioeconómico, a maioria posicionava-se na classe média. Contudo, importa referir que não foram realizadas análises estatísticas comparativas para confirmar se as diferenças encontradas nestas variáveis são estatisticamente significativas, pelo que não se pode afirmar com base apenas na descrição que os grupos são semelhantes ou diferentes nestas dimensões.

A comparação das variáveis psicológicas entre os grupos revelou que os indivíduos com psoríase apresentavam níveis significativamente superiores de sofrimento psicológico, nomeadamente no que se refere à vergonha (interna e externa). A presença visível de lesões na pele afeta negativamente a autoimagem e autoestima, levando os

indivíduos a sentirem-se constantemente avaliados e estigmatizados, o que contribui para o agravamento do sofrimento emocional (Vardy et al., 2002). Esta vergonha é amplificada pela perceção de diferença e resulta frequentemente em evitamento e isolamento social. A literatura tem demonstrado que o estigma associado à aparência física pode motivar o afastamento de contextos sociais, como forma de proteção contra julgamentos ou rejeição (Lim et al., 2018). Esta tendência para o isolamento intensifica sentimentos de solidão e agrava sintomas depressivos, comprometendo o bem-estar psicológico (Stewart et al., 2018).Importa sublinhar que a vergonha associada à psoríase não se restringe à dimensão estética. Muitos doentes relatam sentir-se envergonhados face a conceções erradas sobre a doença, como a ideia de que esta é contagiosa ou resultante de má higiene, perceções essas sem fundamento científico. Sampogna et al. (2012) destacaram que tais estigmas contribuem para a rejeição social e a discriminação, intensificando o sofrimento psicológico. O impacto da vergonha na qualidade de vida é profundo: muitos doentes evitam atividades sociais, relações íntimas e até oportunidades profissionais, devido ao constrangimento provocado pela sua condição (Koo et al., 2017). Este comportamento de evitamento reforça o ciclo de isolamento e deterioração da saúde mental.

Os resultados obtidos evidenciaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva nos participantes com psoríase, em comparação com a população geral. Estes dados são consistentes com a literatura, que tem reiteradamente documentado uma maior prevalência de depressão entre doentes com psoríase. Uma meta-análise de Dowlatshahi et al. (2014) indicou que pessoas com psoríase têm um risco 1,5 vezes superior de desenvolver depressão, em comparação com indivíduos sem esta condição.

No que respeita à autocompaixão, os participantes com psoríase apresentaram níveis globais inferiores face à população geral, embora não tenham sido observadas diferenças significativas em todas as componentes. Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de isolamento, sobre-identificação e mindfulness. Estes resultados sugerem que os indivíduos com psoríase sentem-se mais frequentemente sozinhos no seu sofrimento, revelam menor capacidade para estar presentes no momento atual e para se distanciarem dos seus pensamentos e emoções, quando comparados com a população geral.

As análises de correlação evidenciaram que as componentes de autocrítica, isolamento e sobre-identificação apresentaram associações positivas com sintomas de depressão e vergonha, tanto interna como externa, indicando que estas dimensões estão

relacionadas a níveis mais elevados de sofrimento psicológico. Estes achados convergem com estudos prévios que identificaram estas componentes como indicadores associados à psicopatologia, incluindo depressão (Neff, 2003; Gilbert, 2005; Costa et al., 2016).

Em contraste, as dimensões de autobondade, humanidade comum e mindfulness apresentaram correlações negativas com os mesmos indicadores, sugerindo que estas componentes estão associadas a maior resiliência emocional e a menor autocrítica (Neff, 2003; Barnard & Curry, 2011). A literatura sustenta que práticas centradas na autocompaixão se associam à redução dos sentimentos de vergonha e dos sintomas depressivos, salientando-se, nesse processo, o possível papel regulador da humanidade comum e do mindfulness (Gilbert & Procter, 2006; Ferreira et al., 2014).

A análise de regressão revelou que os seis componentes da autocompaixão explicaram 51% da variância dos sintomas depressivos. Destacou-se o isolamento como único preditor significativo, sendo esta dimensão caracterizada pela perceção de que o sofrimento pessoal é exclusivo e incompreensível pelos outros (Neff, 2003b; Gilbert, 2014). Esta perceção poderá ser particularmente agravada pela visibilidade das lesões cutâneas na psoríase, que tende a amplificar sentimentos de vergonha e diferença (Fava et al., 2022; Sampogna et al., 2012).

Adicionalmente, a experiência de isolamento emocional parece estar profundamente enraizada na natureza crónica e visível da psoríase, que frequentemente desencadeia estigmatização social e uma sensação de alienação. Muitos doentes relatam sentir-se incompreendidos ou julgados pela sua aparência, reforçando a perceção de que ninguém compreende verdadeiramente a sua experiência (Vidal et al., 2021; Sampogna et al., 2012). Esta vivência de isolamento emocional não se limita às relações interpessoais, podendo também traduzir-se numa desconexão consigo próprios. A vergonha associada à visibilidade das lesões leva frequentemente ao evitamento de interações sociais, o que agrava o ciclo de isolamento e exclusão. Estudos apontam que este retraimento resulta não só da perceção de incompreensão por parte dos outros, mas também do esforço dos doentes em ocultar a sua condição para evitar o julgamento (Sampogna et al., 2012; Koo et al., 2017).

Este afastamento do contacto social compromete seriamente o acesso ao suporte emocional e à validação interpessoal, aspetos fundamentais para a regulação emocional e o bem-estar psicológico. A ausência de experiências sociais positivas contribui para a intensificação da solidão e da sensação de inutilidade, aumentando a vulnerabilidade à

depressão. A vergonha pode assim funcionar como um gatilho inicial do isolamento, mas é a manutenção deste estado de desconexão emocional que parece desempenhar um papel central na perpetuação do sofrimento psicológico (Neff, 2003b; Gilbert, 2014).

Além disso, o isolamento emocional em indivíduos com psoríase está frequentemente associado à forma como estes internalizam o impacto da sua condição. Muitos constroem narrativas internas negativas, nas quais se veem como um fardo para os outros ou como pessoas que não se enquadram nos padrões sociais de normalidade. Esta sobre-identificação com o sofrimento favorece a emergência de pensamentos depressivos, reforçando a crença de que estão sós na sua experiência (Neff, 2003b). De facto, a psoríase, enquanto condição estigmatizante, influencia não apenas o comportamento social dos doentes, mas também os seus processos internos de autorreferência. A ausência de um sentido de humanidade comum, isto é, a perceção de que o sofrimento é uma experiência partilhada, é frequentemente substituída por uma vivência de exclusividade do sofrimento, o que contribui para o agravamento da sintomatologia depressiva (Gilbert, 2014; Galhardo et al., 2022).

Este estudo apresenta algumas limitações que importa considerar. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra e a sua representatividade são aspetos a destacar. Apesar de se ter alcançado um número expressivo de participantes com psoríase, a sub-representação de homens e de casos mais graves da condição pode ter influenciado os resultados. Investigações futuras poderão beneficiar de amostras mais alargadas e diversificadas, permitindo uma análise mais robusta de subgrupos. Em segundo lugar, a natureza transversal do estudo limita a capacidade de estabelecer relações causais entre variáveis. Estudos longitudinais seriam mais adequados para explorar as direções temporais destas associações. Por fim, a recolha de dados online, embora facilite a participação, pode introduzir viés. A ausência de controlo sobre o contexto em que os participantes responderam e a exclusão de indivíduos com acesso limitado à internet podem comprometer a generalização dos resultados.

Apesar destas limitações, os resultados do presente estudo contribuem para o aprofundamento da compreensão dos fatores psicológicos implicados na experiência da psoríase. O isolamento (enquanto componente da autocompaixão) emergiu como elemento central no sofrimento emocional destes doentes. Intervenções que promovam uma autocompaixão equilibrada, especialmente através do reforço da humanidade comum, poderão ser eficazes na redução da sintomatologia depressiva. Os dados aqui apresentados sublinham a complexa interação entre fatores físicos e emocionais na

psoríase e apontam para a necessidade de abordagens terapêuticas integradas, que considerem a regulação emocional como eixo fundamental do tratamento.

Referências Bibliográficas

Ahlehoff, O., Gislason, G., Charlot, M., Jørgensen, C. C., Lindhardsen, J., Olesen, J. B., … Hansen, P. R. (2010). Psoriasis is associated with clinically significant cardiovascular risk: A Danish nationwide cohort study. *Journal of Internal Medicine*, *270*(2), 147-157. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2010.02310.x

Almeida, V., Leite, Â., Constante, D. V. T., Correia, R. C., Almeida, I. F., Teixeira, M. A., … 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

Amjad, A., Batool, I., Akhtar, N., Khan, M. Z., & Tariq, S. R. (2023). Emotional regulation, self-compassion, medication adherence and quality of life in dermatologic patients. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, *17*(2), 145-151. https://doi.org/10.53350/pjmhs2023172145

Boehncke, W., & Schön, M. P. (2015). Psoriasis. *Lancet*, *386*(9997), 983-994. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61909-7

Bronckers, I. M. G. J., Paller, A. S., Geel, M. v., Kerkhof, P. v. d., & Seyger, M. (2015). Psoriasis in children and adolescents: Diagnosis, management and comorbidities. *Pediatric Drugs*, *17*(5), 373-384. https://doi.org/10.1007/s40272-015-0137-1

Curtis, A. R., & Yosipovitch, G. (2011). Erythrodermic verrucous psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, *23*(3), 215-218. https://doi.org/10.3109/09546634.2010.550912

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology* (4th ed.). Pearson Education.

Dolezal, L., & Gibson, M. (2022). Beyond a trauma-informed approach and towards shame-sensitive practice. *Humanities and Social Sciences Communications*, *9*(1). https://doi.org/10.1057/s41599-022-01227-z

Dowlatshahi, E. A., Wakkee, M., Arends, L. R., & Nijsten, T. (2014). The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: A

systematic review and meta-analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, *134*(6), 1542-1551.

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2015). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. Clinical Psychology & Psychotherapy, 22(6), 656–666. https://doi.org/10.1002/cpp.1925

Estudo PeSsOa. (2016). *Perfil clínico-epidemiológico e da qualidade de vida dos doentes com psoríase em Portugal [Resultados do estudo PeSsOa – Resumo Versão 1.2]*. Lisboa: PSOPortugal, Associação Portuguesa da Psoríase; EpiMed@FarmID - Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa; Novartis Farma, Produtos Farmacêuticos SA.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). Sage.

Galhardo, A., Mendes, R., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2022). Processos relacionados com a regulação emocional e vergonha e sua associação com os sintomas de depressão, ansiedade e stresse em pessoas com psoríase. *Psychologica*, *65*, e065004. https://doi.org/10.14195/1647-8606_65_4

Georgia, L., Chinoy, H., Talbot, P. S., Warren, R. B., & Kleyn, C. E. (2022). Associations between psoriatic arthritis and mental health among patients with psoriasis: A replication and extension study using the British Association of Dermatologists Biologics and Immunomodulators Register (BADBIR). *Skin Health and Disease*, *2*(4). https://doi.org/10.1002/ski2.149

Golińska, J., Sar-Pomian, M., & Rudnicka, L. (2019). Dermoscopic features of psoriasis of the skin, scalp and nails – A systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *33*(4), 648-660. https://doi.org/10.1111/jdv.15344

Gonzalez-Cantero, A., Constantin, M. M., Dattola, A., Hillary, T., Kleyn, E., & Magnolo, N. (2023). Gender perspective in psoriasis: A scoping review and proposal of strategies for improved clinical practice by European dermatologists. *International Journal of Women's Dermatology*, *9*(4), e112. https://doi.org/10.1097/jw9.0000000000000112

Griffiths, C. E., Fava, M., Miller, A. H., Russell, J. M., Ball, S., Xu, W., … Rapaport, M. H. (2017). Impact of ixekizumab treatment on depressive symptoms and systemic inflammation in patients with moderate-to-severe psoriasis: An integrated analysis

of three phase 3 clinical studies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *86*(5), 260-267. https://doi.org/10.1159/000479163

Grover, S., Mehra, A., Dogra, S., Hazari, N., Malhora, N., Narang, T., … Handa, S. (2021). Stigma experienced by the caregivers of patients with chronic plaque psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, *12*(1), 110. https://doi.org/10.4103/idoj.idoj_358_20

Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, *15*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.007

Honma, M., & Hayashi, K. (2021). Psoriasis: Recent progress in molecular-targeted therapies. *The Journal of Dermatology*, *48*(6), 761-777. https://doi.org/10.1111/1346-8138.15727

Hu, S. C., Chen, G., & Tu, H. (2019). Epidemiology of depression in patients with psoriasis: A nationwide population-based cross-sectional study. *Acta Dermato Venereologica*, *99*(6), 530-538. https://doi.org/10.2340/00015555-3145

Jeon, C., Sekhon, S., Yan, D., Afifi, L., Nakamura, M., & Bhutani, T. (2017). Monoclonal antibodies inhibiting IL-12, -23, and -17 for the treatment of psoriasis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *13*(10), 2247-2259. https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1356498

Kaaz, K., Szepietowski, J. C., & Matusiak, Ł. (2019). Influence of itch and pain on sleep quality in patients with hidradenitis suppurativa. *Acta Dermato-Venereologica*, *99*(2), 175-180.

Khorsand, K., & Sidbury, R. (2014). Recent advances in paediatric dermatology. *Archives of Disease in Childhood*, *99*(10), 944-948. https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-304398

Kılıç, S. Ş., Hacımustafaoğlu, M., Çelebi, S., Karadeniz, A., & Ildirim, I. (2001). Low dose cyclosporin A treatment in generalized pustular psoriasis. *Pediatric Dermatology*, *18*(3), 246-248. https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2001.018003246.x

Kimmel, G. W., & Lebwohl, M. (2018). Psoriasis: Overview and diagnosis. In *Updates in clinical dermatology* (pp. 1-16). https://doi.org/10.1007/978-3-319-90107-7_1

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Publications.

Koo, J., Marangell, L. B., Nakamura, M., Armstrong, A., Jeon, C., Bhutani, T., & Wu, J. J. (2017). Depression and suicidality in psoriasis: Review of the literature including the cytokine theory of depression. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *31*(12), 1999-2009.

Kouris, A., Christodoulou, C., Stefanaki, C., Livaditis, M., Tsatovidou, R., Kouskoukis, C. E., … Kontochristopoulos, G. (2015). Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: A cross-sectional study. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *90*(6), 841-845. https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20154147

Kouris, A., Platsidaki, E., Kouskoukis, C. E., & Christodoulou, C. (2017). Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki*, *28*(1), 54-59. https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.54

Lakshmy, S., Balasundaram, S., Sarkar, S., Audhya, M., & Subramaniam, E. (2015). A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *37*(4), 434-440. https://doi.org/10.4103/0253-7176.168587

Łakuta, 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

Lamb, R. C., Matcham, F., Turner, M. A., Rayner, L., Simpson, A., Hotopf, M., … Smith, C. H. (2017). Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: A cross-sectional study in a tertiary referral setting. *British Journal of Dermatology*, *176*(4), 1028-1034.

Lawry, M. (2007). Biological therapy and nail psoriasis. *Dermatologic Therapy*, *20*(1), 60-67. https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2007.00112.x

Lim, D. S., Bewley, A., & Oon, H. H. (2018). Psychological profile of patients with psoriasis. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, *47*(12), 516-522. https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.v47n12p516

Lockshin, B., Balagula, Y., & Merola, J. F. (2018). Interleukin 17, inflammation, and cardiovascular risk in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *79*(2), 345-352. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.02.040

Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, *14*(2), 150-161.

Mansh, M., Mulick, A., & Langan, S. (2022). The impact of psoriasis and sexual orientation on mental and physical health among adults in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *87*(1), 234-237. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.07.066

Micali, G., Verzì, A. E., Giuffrida, G., Panebianco, E., Musumeci, M. L., & Lacarrubba, F. (2020). Inverse psoriasis: From diagnosis to current treatment options. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, *12*, 953-959. https://doi.org/10.2147/ccid.s189000

Moon, H., Mizara, A., & McBride, S. (2013). Psoriasis and psycho-dermatology. *Dermatology and Therapy*, *3*(2), 117-130. https://doi.org/10.1007/s13555-013-0031-0

Morris, A., Rogers, M., Fischer, G., & Williams, K. (2001). Childhood psoriasis: A clinical review of 1262 cases. *Pediatric Dermatology*, *18*(3), 188-198. https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2001.018003188.x

Nagrani, P., Roy, S., & Jindal, R. (2019). Quality of life in psoriasis: A clinical study. *International Journal of Research in Dermatology*, *5*(2), 319. https://doi.org/10.18203/issn.2455-4529.intjresdermatol20190481

Naldi, L. (2013). Risk factors for psoriasis. *Current Dermatology Reports*, *2*(1), 58-65. https://doi.org/10.1007/s13671-012-0034-6

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85-101. https://doi.org/10.1080/15298860309032

Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. William Morrow.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(1), 28-44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, *77*(1), 23-50. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

Oliveira, M. D. F. S. P. D., Rocha, B. D. O., & Duarte, G. V. (2015). Psoriasis: Classical and emerging comorbidities. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *90*, 9-20.

Parisi, R., Iskandar, I. Y. K., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: Systematic analysis and modelling study. *BMJ*, *369*, m1590.

Parisi, R., Symmons, D. P., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2013). Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, *133*(2), 377-385. https://doi.org/10.1038/jid.2012.339

Parisi, R., Webb, R., Kleyn, C. E., Carr, M., Kapur, N., Griffiths, C., … Ashcroft, D. (2019). Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *180*(1), e16. https://doi.org/10.1111/bjd.17370

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.

Peterson, H., Huang, M. Y., Lee, K., Kingston, P., Yee, D., Korouri, E., … Armstrong, A. W. (2023). Comorbidity burden in psoriasis patients with skin of color. *Journal of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*, *9*(1), 16-22. https://doi.org/10.1177/24755303231198482

Raychaudhuri, S., Maverakis, E., & Raychaudhuri, S. (2014). Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmunity Reviews*, *13*(4-5), 490-495. https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.008

Rendon, A., & Schäkel, K. (2019). Psoriasis pathogenesis and treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, *20*(6), 1475. https://doi.org/10.3390/ijms20061475

Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*(1), 11-15.

Rigopoulos, D., Papanagiotou, V., Daniel, R., & Piraccini, B. M. (2016). Onychomycosis in patients with nail psoriasis: A point to point discussion. *Mycoses*, *60*(1), 6-10. https://doi.org/10.1111/myc.12542

Riley, R. D., Snell, K. I. E., Ensor, J., Burke, D. L., Harrell Jr, F. E., Moons, K. G. M., & Collins, G. S. (2019). Minimum sample size for developing a multivariable prediction model: Part II – Binary and time-to-event outcomes. *Statistics in Medicine*, *38*(7), 1276-1296. https://doi.org/10.1002/sim.7992

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. https://doi.org/10.2340/00015555-1273

Schellekens, M. P. J., Karremans, J. C., Drift, M. A. v. d., Molema, J., Hurk, D. G. M. v. d., Prins, J. B., … Speckens, A. E. M. (2016). Are mindfulness and self-compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? A dyadic approach. *Mindfulness*, *8*(2), 325-336. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0602-0

Shin, J. E., Lee, S. J., Gharbi, A., Jung, I. D., & Park, Y. M. (2021). Iox1 impedes host inflammation in imiquimod-triggered psoriasis. *Heliyon*, *7*(11), e08433. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08433

Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *40*(5-6), 311-339. https://doi.org/10.1159/000437299

Sjahrir, M., Roesyanto-Mahadi, I. D., & Effendy, E. (2019). Correlation between serum brain-derived neurotrophic factor level and depression severity in psoriasis vulgaris patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *7*(4), 583-586. https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.142

Sona, D., Kunjam, D. K., Gupta, P., Rathiya, S., & Chandravanshi, L. (2021). Ayurved for skin disorders, a clinical success story of guttate psoriasis. *International Journal of Ayurvedic Medicine*, *12*(1), 153-158. https://doi.org/10.47552/ijam.v12i1.1816

Stewart, T., Tong, W., & Whitfeld, M. (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

Tribó, M., Turroja, M., Castaño-Vinyals, G., Bulbena, A., Ros, E., García-Martínez, P., … Gallardo, F. (2019). Patients with moderate to severe psoriasis associate with higher risk of depression and anxiety symptoms: Results of a multivariate study of 300 Spanish individuals with psoriasis. *Acta Dermato Venereologica*, *99*(4), 417-422. https://doi.org/10.2340/00015555-3114

Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, *147*(4), 736-742.

Wang, Q., Liu, W., & Zhang, L. (2017). Clinical features of von Zumbusch type of generalized pustular psoriasis in children: A retrospective study of 26 patients in southwestern China. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *92*(3), 319-322. https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175536

Wu, J. J., Penfold, R. B., Primatesta, P., Fox, T. K., Stewart, C., Reddy, S. P., … Egeberg, A. (2017). The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *31*(7), 1168-1175.

Wu, Y., & Sun, L. (2023). Clinical value of dermoscopy in psoriasis. *Journal of Cosmetic Dermatology*, *23*(2), 370-381. https://doi.org/10.1111/jocd.15926

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *7*(3), 340-364. https://doi.org/10.1111/aphw.12051