

ESTILO DE VINCULAÇÃO EM DOENTES Com Lúpus Eritematoso Sistémico

Filipe BARBOSA, Carlos FERREIRA, Patrícia PATRÍCIO, Catarina MOTA,
Cristina ALCÂNTARA, António BARBOSA

RESUMO

Objectivo: O objectivo deste estudo é o de caracterizar os doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) em termos de: estilo de vinculação, personalidade, morbilidade psicopatológica e qualidade de vida, comparativamente com um grupo de indivíduos saudáveis. **Método:** Estudámos sequencialmente 53 doentes com diagnóstico de LES, numa consulta especializada de doenças Auto-Imunes, tendo os mesmos sido caracterizados, no mesmo momento, psicológica e clinicamente (tempo de evolução, terapêutica, SLICC/ACR e SLEDAI). Para além de uma entrevista psicológica, aplicaram-se os seguintes instrumentos: EVA, BSI, HADS, SF-36, EMBU e NEO-FFI.

Resultados: Os doentes com LES caracterizaram-se, predominantemente, por um estilo de vinculação inseguro ansioso, níveis elevados de somatização e de morbilidade psicopatológica, particularmente de depressão e um comprometimento significativo da qualidade de vida. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas e positivas entre os estilos de vinculação inseguros e a morbilidade psicopatológica, e associações negativas com a maioria das dimensões da qualidade de vida.

Nos modelos de regressão linear múltipla, algumas variáveis clínicas (SLEDAI e SLICC/ACR) constituíram-se como factores preditores dos estilos de vinculação inseguro.

Conclusão: Os doentes com LES evidenciaram características específicas conduzindo a estilos de vinculação inseguros, morbilidade psicopatológica e um comprometimento da qualidade de vida, apontando para a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica complementar, específica e adaptada às necessidades destes doentes.

SUMMARY

ATTACHMENT STYLE IN PATIENTS

With Systemic Lupus Erythematosus

Purpose: The aim of this study is to characterize patients with SLE in terms of attachment style, personality, psychopathological morbidity and quality of life, comparing them with a healthy volunteer group.

Method: We collected 53 patients diagnosed with SLE, in a specialized consultation of autoimmune diseases. The patients were characterized clinically (by means of SLICC/ACR, SLEDAI, length of disease and therapy) and psychologically at the same time. The psychological evaluation was made by the application of self-measured questionnaires, namely AAS, BSI, HADS, SF-36, EMBU and NEO-FFI, and also by the completion of a psychological interview.

Results: SLE patients adopted, mostly, an anxious, insecure attachment style. We found high levels of somatisation and psychopathological morbidity, particularly depression. We also observed an impairment of the quality of life in these patients.

We found statistically significant and positive correlations between the insecure attachment styles and psychopathological morbidity, we also noticed negative associations with the dimensions of quality of life.

F.B., A.B.: Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Lisboa

C.F., P.P., C.M., C.A.: Serviço de Medicina Interna 2. Hospital de Santa Maria. Lisboa

© 2010 CELOM

By means of multiple linear regression models, some clinical variables (SLEDAI and SLICC/ACR) highlight as predictors of insecure attachment styles.

Conclusion: SLE has specific and particular characteristics that lead to insecure attachment styles, psychopathological morbidity and impairment of quality of life. Thus arises the need for a specific and complementary psychotherapeutic intervention, adapted to the needs of these patients.

INTRODUÇÃO

O Lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença auto-imune, crónica, multissistémica, com uma sintomatologia extremamente complexa, podendo afectar qualquer sistema ou órgão em qualquer combinação¹⁻³. A imprevisibilidade e variabilidade da manifestação da doença afecta, potencialmente, os funcionamentos físico e psicológico⁵.

A ocorrência de sintomatologia psicopatológica e de co-morbilidade psiquiátrica tem sido descrita em muitos estudos, particularmente de depressão^{2,6,7,9}, de ansiedade⁶ e de psicose¹⁰.

As perturbações psiquiátricas podem dever-se a:

- 1 – uma manifestação directa do sistema nervoso central no LES;
- 2 – ser portador de uma doença crónica;
- 3 – efeitos do tratamento⁶.

O LES tem um impacto na qualidade de vida dos doentes^{3-5,11,12}, alterando as suas prioridades, projectos de vida e mesmo a sua imagem corporal. O envolvimento de muitos órgãos, sintomas como artralrias e a fadiga, e a evolução crónica são alguns dos factores apontados para esta diminuição da qualidade de vida¹³.

Do contacto clínico com estes doentes observam-se dificuldades nas relações interpessoais, quer a nível familiar, do casal ou na relação com os outros, surgindo, algumas vezes, dificuldades na relação profissional de saúde e doente. Neste sentido considera-se relevante aprofundar o conhecimento sobre a forma como estes doentes encaram as relações com os outros, surgindo a vinculação como um conceito fundamental de ser explorado.

As relações de vinculação são ligações emocionais que conduzem à procura de proximidade, com uma pessoa segura (figura de vinculação), quando se sente ameaçado¹⁴. O estilo de vinculação de uma pessoa é uma característica de traço, mas é mais evidente durante certos estádios, especialmente em alturas de *stress*, tal como a separação ou a perda.

A teoria da vinculação descreve as origens evolutivas dos padrões das relações interpessoais próximas¹⁵. Estes

padrões são razoavelmente estáveis durante a vida, e resultam da interacção de factores ambientais (especialmente parentais) e genéticos¹⁶.

Na vida adulta, estes padrões interpessoais, denominados de estilos de vinculação, podem afectar a saúde física através: do impacto da amplificação dos sintomas, comportamento perante a saúde, a resposta ao *stress*, relações entre cuidador e doente, a utilização dos cuidados de saúde e o benefício do suporte social¹⁷⁻¹⁹.

As relações de vinculação têm algumas funções, particularmente a de regular o sofrimento psicológico²⁰⁻²², usando o outro como uma base segura e como um *porto de abrigo*²³.

A presença de sintomas físicos pode provocar o sentimento de ameaça à vida²⁴. As pessoas mais próximas destes doentes, nem sempre, são figuras que oferecem protecção, uma vez que não têm o conhecimento para lidar e curar a doença, e por isso, os profissionais de saúde constituem-se em figuras de protecção relevantes^{18,24,25}, através de uma relação de vinculação, pelo menos temporariamente, quando o doente precisa do profissional de saúde como uma *retaguarda* segura.

O comportamento do doente, numa consulta, pode ser influenciado pelo estilo de vinculação: doentes com um estilo de vinculação inseguro, ao perceberem um modelo mental negativo de si e dos outros, poderão ter uma maior dificuldade em confiar nos profissionais de saúde e ser menos colaborantes com as indicações médicas²⁶.

Um estilo de vinculação inseguro pode levar a uma dificuldade em lidar com os problemas e exigências do dia-a-dia, podendo abrir vulnerabilidade à sintomatologia psicopatológica e à percepção de uma pior qualidade de vida. O exterior espelha o que se passa interiormente, se o que foi interiorizado não é estável, consistente e contentor, então o exterior também é arbitrário e pouco coerente, conduzindo à angústia, ao sofrimento psicológico e à desregulação emocional. Deste modo, poderá emergir uma vulnerabilidade à ansiedade e *stress*. Sendo a doença crónica uma ameaça real à vida e autonomia do indivíduo, este pode vivenciar um elevado sofrimento psicológico, que pode alastrar-se a todas as áreas da vida da pessoa: pessoal, relacional, social, profissional e existencial.

Com base nestas premissas, o objectivo do nosso estudo é estudar os estilos de vinculação em doentes com LES, comparando com um grupo de controlo de indivíduos saudáveis. Também, se pretende aprofundar o conhecimento sobre quais as variáveis psicológicas e clínicas que poderão ter alguma influência no estilo de vinculação.

MATERIALE MÉTODOS

Os doentes de LES (n = 53) foram sequencialmente estudados na Consulta de Doenças Auto imunes do Hospital de Santa Maria (Serviço de Medicina Interna 2).

Excluíram-se os doentes com LES que tinham: patologia psiquiátrica actual ou passada, comprometimento cognitivo, ou ausência de capacidades para preencher os questionários.

Foi recolhido um grupo de controlo (n = 31), constituído por indivíduos saudáveis na população portuguesa. O grupo de controlo foi seleccionado por emparelhamento de sexo, idade e classe social. Apresentando os seguintes critérios de exclusão: 1) patologia orgânica actual, 2) doença crónica, 3) doença incapacitante a nível físico e 4) patologia psiquiátrica actual ou passada.

Procedimento

Após o preenchimento do consentimento informado, aceitando colaborar no estudo, os indivíduos pertencentes aos dois grupos, completaram um questionário de dados sócio-demográficos (idade, sexo, raça, estado civil, situação laboral actual, residência e nível de escolaridade), e participaram numa entrevista clínica com o objectivo de recolher informação clínica referente à história psiquiátrica passada e recente, bem como à condição médica e completaram depois questionários de auto preenchimento, relativos ao conjunto de variáveis psicológicas, variáveis psicopatológicas e dimensões da qualidade de vida. No mesmo momento os doentes eram avaliados clinicamente por um médico de medicina interna. Os participantes do estudo foram diagnosticados pelos médicos do referido serviço, consoante critérios internacionalmente adoptados, e foram avaliados clinicamente recorrendo ao tempo de evolução da doença, à terapêutica administrada, aos critérios de actividade de doença (índices BILAG e SLEDAI), e ao *score damage* relativo a lesões irreversíveis não relacionadas com a actividade (SLICC/ACR Damage Index).

Avaliação Clínica

Utilizou-se o método *Systemic Lúpus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI) para a avaliação do índice de actividade da doença²⁷. Este índice é composto por

24 itens, sendo 16 deles, parâmetros clínicos e os restantes oito itens de carácter exclusivamente laboratorial, com um *score* máximo possível de 105 pontos. Neste contexto, é registada qualquer manifestação visada nos referidos parâmetros desde que presente nos 10 dias anteriores, independentemente do seu grau de severidade ou da evolução relativamente a estádios de doença anteriores.

O Índice de Avaliação SLICC, pretende avaliar o compromisso orgânico irreversível em doentes com LES, definido como dano persistente continuamente por pelo menos seis meses. Este índice compreende 41 parâmetros sistematizados em 12 grandes grupos de afecções, com um *score* máximo possível de 46 pontos.

INSTRUMENTOS

Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Para avaliar as relações de vinculação do adulto optou-se pelo Adult Attachment Scale²⁸. A escala foi construída com o objectivo de desenvolver o instrumento de três itens de Hazan e Shaver e concebida para identificar os três padrões de vinculação mencionados teoricamente: seguro, evitante e ansioso. A escala é composta por 18 itens, sendo utilizada uma escala de cinco pontos, de tipo Likert. A escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Canavarro et al²⁹.

NEO-FFI

Para determinar as características da personalidade utilizou-se o NEO-FFI, que é uma versão reduzida do NEO-PI. Este teste, desenvolvido por Costa e McCrae³⁰, é constituído por 60 perguntas, tipo Likert. O NEO-FFI é uma medida concisa das cinco grandes dimensões da personalidade. Cada um dos factores é avaliado através de cinco escalas: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura (O), Agradabilidade (A) e Conscienciosidade (C). Barros³¹, adaptou para português a versão reduzida do NEO-PI-R: o NEO-FFI.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Para avaliar sintomas psicopatológicos utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos³², uma versão reduzida do SCL-90-R. É um inventário de auto-resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de quatro pontos de tipo Likert que vai desde *Nunca* a *Extremamente*. Existem nove dimensões de sintomatologia avaliadas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideacção paranóide e psico-

ticismo e três Índices Globais. Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa³³ revelaram que esta apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A HADS foi criada e desenvolvida por Zigmond e Snaith³⁴. A HADS é uma escala de auto-aplicação, composta por catorze itens que permitem num único instrumento aceder a duas subescalas distintas: uma destinada à mensuração da Ansiedade e a outra respeitante à Depressão. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al³⁵.

Memórias de Infância (EMBU)

No intuito de avaliar as relações com os pais, pai e mãe separadamente, durante a infância e adolescência, o Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour³⁶. A versão portuguesa desta escala recebeu a designação de Memórias de Infância. Este instrumento utiliza uma escala de tipo Likert de quatro pontos, que vai desde *Não, nunca até Sim, a maior parte do tempo*. Os estudos psicométricos das Memórias de Infância³⁷ revelaram, de forma global, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento. Ao submeter os 23 itens a uma análise factorial encontraram-se três dimensões subjacentes, para o Pai e para a Mãe, condicentes com os factores mencionados para a versão longa da escala: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção.

Short Form-36 Health Survey (SF-36)

Para medir a qualidade de vida, utilizou-se o SF-36³⁸. O SF-36 foi construído para representar oito dos conceitos mais importantes em saúde: funcionamento físico; funcionamento social; desempenho físico; desempenho emocional; dor física ou corporal; saúde mental; vitalidade; percepção global da saúde e estado de saúde actual comparado com aquele de há um ano atrás. Estas oito escalas podem ser agrupadas em duas componentes: saúde física e saúde mental. Este instrumento foi validado e adaptado para a população portuguesa por Ferreira³⁹.

Análise Estatística

Considerando a distribuição normal dos dados (Kolmogorov-Smirnof test), utilizou-se metodologia paramétrica. Para além da análise

descritiva dos dados, foram utilizadas análises bivariadas com os testes *t* de *student* para amostras independentes, e teste de qui quadrado na comparação de frequências entre variáveis nominais. Dada a diversidade de variáveis estudadas, decidiu-se fazer uma análise discriminante, com o objectivo de identificar as variáveis que melhor diferenciavam os dois grupos em estudo.

Foram efectuados estudos de correlação tendo-se usado o coeficiente de Pearson para as associações entre as diferentes variáveis. Também foi utilizada a Regressão Linear Múltipla, com vista a modelar relações entre variáveis e prever o valor do estilo de vinculação inseguro a partir de um conjunto de variáveis independentes.

O tratamento e análise de dados foram efectuados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 13, tendo-se adoptado o intervalo de confiança de 95 % (< .05), como estatisticamente significativo.

Quadro 1 – Características sociodemográficas

Grupos	Controlo (n = 31)	LES (n = 53)
Idade		
Média ± D.p.	39,50 ± 10,988	38,59 ± 13,279
Limites	23-58	18-70
Sexo (%)		
Masculino	9,7	8,7
Feminino	90,3	91,3
Raça (%)		
Caucasiana	96,8	97,8
Negra	3,2	2,2
Estado Civil (%)		
Solteiro	29,0	30,4
Casado	54,8	60,9
Vítivo		2,2
Divorciado	9,7	4,3
União de Facto	6,5	2,2
Situação Laboral (%)		
A trabalhar	83,9	65,2
Desempregado	3,2	6,5
De Baixa		2,2
Reformado		10,9
Outra	12,9	15,2
Residência Actual (%)		
Aldeia/Vila	22,6	13
Cidade	77,4	87
Habilitações Literárias (%)		
4ª Classe	3,2	19,6
Ensino Liceal	29,0	43,5
Ensino Superior	67,7	37

RESULTADOS

Dados Sócio-demográficos

A comparação entre os grupos de Controlo e o LES permite constatar a homogeneidade das variáveis demográficas: idade [F (2,115) = .084; n.s.]; sexo [χ^2 (1) = .037; p = .848], raça [χ^2 (1) = .095; p = .758], estado civil [χ^2 (4) = 2.606; p = .626], situação laboral [χ^2 (4) = 5.773; p = .217] e residência actual [χ^2 (1) = 1.356; p = .244]. No que respeita à variável habilitações literárias, o grupo de controlo apresenta uma percentagem significativa mais elevada de indivíduos com curso superior [χ^2 (2) = 8,994; p = .011].

Avaliação Clínica

Caracterizou-se a amostra de LES em termos de tempo de doença (média = 9.43, d.p. = 9.1), actividade da doença (média = 2.28, s.d. = 4.83) e lesões irreversíveis (média = 0.45, s.d. = 1.04).

No presente estudo, a amostra considerada apresentava baixo nível de compromisso de acordo com esta abordagem (SLICC), com um *score* máximo de seis pontos evidenciado num só doente (1,6% da amostra), sendo que 76.2 % dos doentes apresentaram um *score* de 0. Ainda neste contexto, apenas quatro doentes (6.3% da amostra) revelaram ligeiro envolvimento neuropsiquiátrico, um com compromisso cognitivo, um com neuropatia craniana ou periférica, um com convulsões e dois com dificuldade na linguagem oral e escrita, nível de performance diminuído ou psicose maior.

Relativamente ao índice de actividade da doença (SLEDAI), a amostra mostrou um baixo índice de actividade de lúpica, com um *score* máximo de 20 registado num só doente (1.6% da amostra), a grande maioria dos doentes apresentavam um *score* de 0 (69.8%). Considerando dois parâmetros de especial relevância, não foi descrita psicose ou síndrome orgânica cerebral em qualquer dos doentes observados.

No que concerne a terapêutica administrada, seis doentes (11%) foram tratados com antimalários, seis doentes (11%) estavam a tomar corticóides e 10 doentes (19%) recebiam, simultaneamente, antimalários e corticóides.

Vinculação

Os doentes pertencentes ao grupo de LES, por comparação com os do grupo de pessoas saudáveis, apresentaram índices mais elevados de vinculação insegura, nomeadamente ansiosa (t = 2.890; p < .005) e evitante (t = 3.540; p < .001), sendo as diferenças entre os grupos mais notórias para a vinculação segura (t = - 4.014; p < .000) (Quadro 2).

Quadro 2 – Comparação dos grupos em relação aos padrões de vinculação (EVA)

Vinculação	LES		Controlo		T de Student	p <
	X	D.P.	X	D.P.		
Ansiosa	18,68	5,511	15,33	4,415	2,890	.005
Segura	15,08	2,68-1	17,61	2,985	- 4,014	.000
Evitante	13,19	3,00-7	10,87	2,692	3,540	.001

Variáveis Psicológicas

Relativamente às dimensões da personalidade (NEO-FFI), os doentes com LES, apresentaram resultados mais elevados: neuroticismo (t = 4.323; p < .000), extroversão (t = - 3.572, p < .001) e abertura (t = -3.483, p < .001).

Em relação ao estilo educativo parental, observou-se que os doentes com LES percepcionavam menos suporte emocional do pai (t = -4.494, p < .000) e da mãe (t = -4.756, p < .000) e mais rejeição do pai (t = 2.697, p < .009) e da mãe (t = 2.674, p < .009).

Observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos em todas as escalas do BSI, sintomatologia psicopatológica, entre elas somatização (t = 5.200, p < .000), obsessivo-compulsivo (t = 3.514, p < .001), sensibilidade interpessoal (t = 2.868, p < .005), depressão (t = 6.295, p < .000), ansiedade (t = 5.315, p < .000), ideação paranóide (t = 2.268, p < .026), psicoticismo (t = 2.543, p < .013) e GSI (t = 4.368, p < .000). No HADS também se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, depressão (t = 5.720 p < .000; χ^2 = 13.585 p < .000) e ansiedade (t = 4.805 p < .000; χ^2 = 18.479 p < .000).

Relativamente à qualidade de vida, os doentes com LES apresentam um maior comprometimento em todos os níveis: a nível físico (funcionamento físico - t = 6.647, p < .000; desempenho físico - t = 8.305, p < .000), social (funcionamento social - t = 5.728, p < .000) e emocional (desempenho emocional - t = 7.295, p < .000; saúde mental - t = 6.668, p < .000), bem como na percepção geral da saúde (t = 10.899, p < .000).

Análise Discriminante

A Análise Discriminante stepwise extraiu uma função discriminante significativa (χ^2 = 90.576, p < .0001), retendo como estatisticamente significativas as variáveis saúde em geral, o suporte emocional da mãe (percepcionam menos suporte), dor e a sensibilidade interpessoal (Quadro 3), explicando 100% da variabilidade entre os grupos. A percentagem de indivíduos classificados correctamente

com a classificação original foi de 93.8%, com 92.3% dos doentes com LES e 96.6% dos indivíduos saudáveis sendo classificados correctamente, para as variáveis discriminantes.

Quadro 3 – Resultados da Análise Discriminante das variáveis psicológicas (n = 85)

Preditores	Correlações entre Preditor e Função Discriminante	Coefficientes Estandarizados da Função Discriminante
Saúde em Geral	.808	.865
Suporte Emocional – Mãe	.348	.522
Dor	.508	.387
Sensibilidade Interpessoal	- .225	.343

Correlações entre a vinculação e as variáveis psicológicas e clínicas

Encontraram-se algumas associações significativas entre os estilos de vinculação e as restantes variáveis, particularmente com as dimensões da personalidade, as escalas da sintomatologia psicopatológica as dimensões da qualidade de vida, e sintomatologia psicopatológica (Quadro 4).

Não se observaram quaisquer correlações estatisticamente significativas entre estilos de vinculação e estilo educativo parental.

Destacamos as correlações estatisticamente significativas e positivas entre os estilos de vinculação inseguro e as subescalas da sintomatologia psicopatológica. E, por outro lado, a correlação positiva entre o estilo de vinculação seguro e algumas dimensões da personalidade, como a extroversão, a abertura a novas experiências e a conscienciosidade.

No que concerne as variáveis clínicas, observou-se a correlação significativamente negativa entre o estilo de vinculação evitante e o índice de actividade da doença. Em relação às restantes variáveis clínicas não se observou quaisquer correlações estatisticamente significativas.

Regressão Linear Múltipla

Para o grupo de doentes com LES, considerando-se o estilo de vinculação ansioso como variável dependente, o método adoptado indica que três variáveis predizem a primeira (R Square = .465): a subescala psicoticismo [$\beta = .721$; $t = 5.293$; $p < .000$], o índice de lesões irreversíveis [$\beta = -.657$; $t = -3.415$; $p < .002$] e índice de actividade da doença [$\beta = .457$; $t = 2.383$; $p < .024$].

Em relação ao estilo de vinculação evitante como variável dependente, obtiveram-se três variáveis que predizem

a variável dependente (R Square = .383): a variável independente vitalidade [$\beta = -.508$; $t = -3.344$; $p < .002$], a subescala hostilidade [$\beta = -.491$; $t = -2.994$; $p < .005$] e a subescala sensibilidade interpessoal [$\beta = .376$; $t = 2.197$; $p < .036$] são os preditores da variável dependente.

Considerando o estilo de vinculação seguro como variável dependente, obteve-se duas variáveis como preditores da variável dependente (R Square = .361): a dimen-

Quadro 4 – Correlações entre os Estilos de Vinculação as variáveis psicológicas e clínicas

	Ansioso	Evitante	Seguro
Neuroticismo a	.449 **		-.385 **
Extroversão a		-.300 *	.485 **
Abertura a			.444 **
Conscienciosidade a			.368 *
Somatização b	.377 **	.441 **	
Obsessões-Compulsões b	.272 *	.356 **	
Sensibilidade Interpessoal b	.608 **	.359 **	-.286 *
Depressão b	.572 **	.423 **	
Ansiedade b	.450 **	.422 **	
Hostilidade b	.577 **		
Ansiedade Fóbica b	.515 **		
Ideação Paranóide b	.566 **	.544 **	
Psicoticismo b	.615 **	.399 **	-.348 *
GSI b	.666 **	.479 **	-.313 *
Sintomas Depressivos c		.420 **	-.443 **
Sintomas Ansiosos c	.346 *	.274 *	-.354 **
Funcionamento Social d	-.304 *	-.448 **	
Desemp. Físico d		-.421 *	.341 *
Desemp. Emocional d	-.328 *		.301 *
Saúde Mental d	-.411 *	-.405 *	
Dor d		-.285 *	
Vitalidade d		-.558 **	.280 *
Saúde Geral d		-.421 *	
SLEDAI		-.312 *	

Nota: a – NEO FFI; b – BSI; c – HADS; d – SF 36. $p < .005$; ** $p < .001$

são da personalidade conscienciosidade [$\beta = .475$; $t = 3.400$; $p < .002$] e a dimensão da personalidade abertura [$\beta = .465$; $t = 3.329$; $p < .002$].

DISCUSSÃO

Os doentes com LES caracterizam-se por apresentarem predominantemente um estilo de vinculação inseguro, do tipo ansioso, confirmando a hipótese inicial de que estes doentes poderão apresentar dificuldades nas relações interpessoais. Estes doentes, quando comparados com indivíduos saudáveis, apresentam um maior índice de estilos de vinculação de tipo inseguro (ansioso e evitante).

Observámos, também, um relevante sofrimento psicológico traduzido pela presença significativa de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de depressão e ansiedade, coerente com outros estudos em doentes com LES^{2,6-9}.

Estes doentes percebem pouco suporte emocional das figuras paternas e percebem maiores níveis de rejeição por parte das mesmas, classificando-as, maioritariamente, como sendo pouco disponíveis a nível de suporte emocional. Apesar de neste estudo termos abordado a vinculação do adulto, em que a figura de vinculação seria, maioritariamente, o marido/mulher⁴⁰, esta percepção da qualidade do suporte pode traduzir o facto de se sentirem pouco apoiados e com fraco suporte social.

Perante estes três resultados fundamentais podemos explorar as interações e intersecções dos mesmos, será que a vinculação insegura é prévia à doença ou uma consequência do sofrimento psicológico vivido pela presença de uma doença crónica e potencialmente fatal? Pela análise dos resultados, a presença de sofrimento psicológico é um dos resultados mais evidentes, será que este emerge pela percepção da falta de suporte dos outros, levando os doentes a sentirem-se sós e desamparados?

Existem evidências de uma série de estudos que relatam uma associação entre vinculação insegura e doença física¹⁷⁻¹⁹. O LES, sendo uma doença crónica que pode atingir vários órgãos, com surtos de agudização e fases de remissão, constitui-se numa real ameaça à integridade física, podendo mesmo tornar-se fatal^{2,3}. A relação entre vinculação e doença é bidireccional, os episódios relacionados com a doença podem levar à activação do sistema de vinculação, uma vez que podem representar perda, ameaça, isolamento e dependência¹⁷. Schmidt et al⁴¹, reforçam que o *stress*, induzido pela doença, pode influenciar a categorização da vinculação. O doente com LES depara-se: com uma nova e desconhecida situação; uma nova

linguagem específica, por vezes difícil de compreender; uma variedade de informação, algumas vezes difícil de assimilar. Perante a situação de doença e ameaça surge a necessidade de proximidade, conforto e suporte das figuras de vinculação, para salvaguardar o bem-estar e segurança. Geralmente, procuram este apoio e protecção nos profissionais de saúde, constituindo-se estes como figuras de vinculação^{18,24,25}.

Sendo o LES uma doença muito instável a nível clínico, com expectativa incerta sob a natureza, tempo e localização da crise⁶, e com expectativa de envolvimento de órgãos vitais, podendo ocorrer alteração da imagem corporal⁴², em que as manifestações da doença são muito variáveis e imprevisíveis, influenciando o funcionamento físico e psicológico^{5,6,8,42}. O doente com LES ao confrontar-se com uma ameaça arbitrária e mantida, em que não existem, por parte dos médicos, certezas apenas probabilidades, é natural que nele se instale um estado de tensão elevada.

Perante medidas preventivas seguras que invertam o prognóstico, o doente fica, habitualmente, sobre o *commando* de um objecto (doença) que não tranquiliza, nem as contém, pelo contrário vulnerabiliza para a emergência de uma instabilidade e ambivalência, com os seus correlatos de sofrimento psicológico (angústia e depressão), nem sempre compreendidos pelos outros, conduzindo, muitas vezes, a formas de tendencial isolamento social⁶. A necessidade de algo tranquilizante e contentor, seja uma relação médico doente estável, ou uma melhoria e controlo sintomático estável e firme, parece ser imperativo e essencial para estes doentes, que, devido às características da sua doença, estão mais vulneráveis e expostos a morbilidade psicopatológica e ao sofrimento psíquico. Um resultado que reforça esta hipótese é a elevada prevalência de comorbidade psiquiátrica e de sintomas psicopatológicos observada nestes doentes.

Por outro lado, a existência de um estilo de vinculação inseguro evidenciada, cria um terreno de instabilidade e imprevisibilidade com sensação de perda de controlo, bem como uma perda da capacidade para planear o futuro⁶. A maior prevalência de estilo de vinculação inseguro ansioso traduz a importância de uma figura de vinculação estável, uma vez que acreditam pouco na sua maneira de gerir as situações, procurando muito o apoio dos outros, para a tranquilização⁴³, por isso, são, muitas vezes, descritos como dependentes e ansiosos⁴⁴. Os resultados dos estilos educativos parentais reforçam esta hipótese, uma vez que percebem menos suporte emocional e mais rejeição, sentem que a figura de vinculação não é um porto de abrigo seguro e estável. Desta forma, estes doentes sentem-

se ameaçados e sentem-se pouco apoiados, abrindo vias para uma morbidade psicopatológica mais exuberante.

O SF-36 confirmou a percepção de elevados índices de incapacidade, com prejuízo global da qualidade de vida para o grupo de doentes com LES, relativamente à maioria das dimensões avaliadas (quer físicas ou emocionais), algo que é coerente com o atrás exposto, uma vez que o impacto da doença sobre o indivíduo parece ser incapacitante nos doentes com LES, quer a nível de funcionamento físico, quer a nível do funcionamento emocional^{2-4,11}. Segundo Rinaldi et al⁴, existem duas características da doença que podem afectar a qualidade de vida do indivíduo: a variabilidade das características e curso da doença, e a influência na personalidade do doente. Este último factor afecta positivamente ou negativamente a adaptação à doença.

Nesta amostra, os índices de actividade da doença e das lesões irreversíveis eram baixos, traduzindo um bom controlo dos sintomas, tal como em muitos outros estudos^{2,11}. Apesar de um adequado controlo da doença, os indivíduos apresentam a morbidade psiquiátrica documentada, os estilos de vinculação observados, a reduzida percepção de suporte social e o comprometimento da qualidade de vida. A relação entre as variáveis clínicas e o estilo de vinculação são pertinentes, pela análise dos modelos de regressão múltipla, observou-se que algumas variáveis clínicas teriam alguma influência nos estilos de vinculação insegura, traduzindo o impacto da doença sobre o indivíduo. As associações observadas são relevantes, uma vez que, para o índice de lesões irreversíveis, verifica-se uma relação estatisticamente negativa, e para o índice da actividade da doença apura-se uma relação estatisticamente positiva. Se este último resultado seria esperado, uma vez que um maior comprometimento físico determinaria um maior sofrimento psicológico e maiores dificuldades nas relações interpessoais, o primeiro resultado é controverso, uma vez que, o estilo de vinculação evitante, em que os indivíduos mantêm alguma distância das figuras de vinculação, está associado a uma incidência menor de lesões irreversíveis. Uma possível explicação para este facto pode residir no facto de quanto maior for o número de lesões irreversíveis mais necessidade tem o doente de suporte social, porque poderá ficar fisicamente mais dependente, e assim adoptará menos um estilo de vinculação evitante, porque precisará mais dos outros.

No nosso grupo, parece existir uma associação que indica que a maior prevalência de sintomatologia psicopatológica surge em indivíduos com estes estilos de vinculação insegura (ansioso e evitante), um resultado consistente com alguns estudos⁴⁵. Alguns autores⁴⁶ afirmam que o estilo de vinculação media a relação entre situações

indutoras de *stress* e os sintomas psicológicos. O estilo de vinculação inseguro é encarado como um factor de risco que aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de queixas psicológicas como uma consequência de situações indutoras de *stress*.

Muitos estudos têm relatado a associação entre estilos de vinculação inseguros e a depressão⁴⁷⁻⁴⁹ e a ansiedade⁵⁰. Hammen et al⁴⁸ concluíram que a vinculação do adulto, os acontecimentos indutores de stress interpessoais e as suas interacções, apesar de contribuírem para predizer a avaliação de sintomas depressivos, não são preditores específicos da depressão, mas sim da sintomatologia depressiva.

É de salientar que no nosso estudo, a sintomatologia ansiosa aparece associada ao estilo de vinculação ansioso e a sintomatologia depressiva encontra-se associada ao estilo de vinculação evitante. Nos indivíduos com sintomas ansiosos, parece existir uma procura do objecto securizante. Enquanto, nos indivíduos com sintomas depressivos, parece existir um retraimento das relações com os outros, podendo levar ao isolamento social. Estes resultados não correspondem à revisão de outros estudos, em que a vinculação do tipo ansioso se mostra melhor preditor das perturbações depressivas do que a vinculação do tipo evitante⁴⁸.

Também se observou a associação entre o estilo de vinculação inseguro (ansioso ou evitante) e a somatização, um dado referido por Stuart e Noyes¹⁹, que associaram queixas físicas e somatização com um padrão de vinculação ansioso. Outros estudos^{47,51} evidenciaram relações entre estilos de vinculação inseguros e sintomas físicos, mais especificamente doentes com sintomas físicos inexplicados revelaram uma incidência mais elevada de vinculação insegura. Desta forma sugere-se que os indivíduos com estilos de vinculação inseguros, talvez por se sentirem mais vulneráveis, apresentam mais queixas somáticas, acabando por ter um maior contacto com os médicos e com o meio hospitalar. Algo que é confirmado por Ciechanowski et al¹⁸, que evidencia que o estilo de vinculação é um factor importante para avaliar a percepção sintomática e a utilização dos serviços de saúde.

Num estudo com mulheres¹⁸, recebendo cuidados primários de saúde, as doentes com estilo de vinculação inseguros apresentavam um maior número de sintomas físicos, mais visitas hospitalares e custos mais elevados, do que as doentes, com estilo de vinculação segura.

No grupo de LES um estilo de vinculação seguro prediz menos sintomas e estados psicopatológicos, confirmando a afirmação de Bowlby⁵² de que a confiança na disponibilidade da figura de vinculação, diminuirá a probabilidade de apresentação de medo e ansiedade crónica.

Observou-se também que os doentes que apresentavam um estilo de vinculação inseguro percepcionavam pior qualidade de vida. Segundo Guedeney⁵³, a vinculação dá lugar a sentimentos de amor, de segurança e contentamento e a sua ruptura gera ansiedade, inquietação e depressão. Desta forma, uma vinculação insegura poderia constituir-se um terreno de vulnerabilidade e inquietação para o indivíduo, influenciando a forma como se sente no mundo e como o percebe.

O estilo de vinculação inseguro é caracterizado por uma falta de confiança em si e nos outros. Estes indivíduos, muitas vezes, podem avaliar e interpretar as situações de forma a confirmarem os seus medos, a informação que não é consistente com as suas expectativas negativas é desvalorizada⁵⁴. Assim, os doentes diagnosticados com LES, podem centrar-se apenas em aspectos e vivências negativas da doença, percepcionando mais dor e maior cansaço.

Observaram-se correlações negativas, estatisticamente significativas, entre os padrões de vinculação inseguros e a qualidade de vida e algumas das suas dimensões, nomeadamente, dor corporal, vitalidade, funcionamento social e saúde mental. Podendo isto significar que, no grupo de LES, os padrões de vinculação podem afectar a forma como a pessoa vive a doença e como lida com esta. O estilo de vinculação teria maior influência nas dimensões sociais e emocionais.

Neste estudo observaram-se também correlações estatisticamente significativas entre os estilos de vinculação inseguros e algumas dimensões da personalidade, nomeadamente, o neuroticismo e a extroversão. Estes resultados são coincidentes com a literatura, em que se descreve, usando o inventário de personalidade NEO, que os estilos de vinculação insegura estavam associados com níveis elevados de neuroticismo, baixa agradabilidade⁵⁵ e uma correlação negativa com a extroversão⁵⁶.

Nesta amostra de doentes com LES, o estilo de vinculação inseguro ansioso correlacionou-se positivamente com o neuroticismo, traduzindo que os doentes que experimentam mais afectos negativos, apresentam este tipo de vinculação. E, observou-se uma associação negativa entre estilo de vinculação inseguro evitante e extroversão, um resultado coerente com a literatura, uma vez que os indivíduos com este estilo de vinculação são descritos como distantes, frios, e usam pouco o suporte social como forma de lidar com as situações indutoras de *stress*⁴³.

CONCLUSÃO

A especificidade da doença parece ser o factor explicativo para estes resultados e não o facto de esta doença

ser crónica. O LES apresenta características particulares que afectam os indivíduos de uma forma determinante.

Esta investigação ao demonstrar um estilo de vinculação insegura predominante nos doentes com LES, associada a maior morbidade psicopatológica e pior qualidade de vida, chama a atenção para a necessidade de intervenção psicológica/psicoterapêutica junto destes doentes, para além da intervenção médica e psicofarmacológica.

Os nossos resultados apontam, também, para a necessidade de estabilidade numa relação profissional de saúde-doente e um eventual trabalho psicológico especializado sobre os factores da personalidade (neuroticismo), como factores indispensáveis a uma melhor qualidade de vida destes doentes e a uma eventual melhoria do seu prognóstico.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. COOK RJ, GLADMAN DD, PERICAK D, UROWITZ MB: Prediction of short mortality in systemic lupus erythematosus with time dependent measures of disease activity. *J Rheumatol* 2000;27:1892-5
2. STOLL T, KAUER Y, BUCHI S, KLAGHOFER R, SENSKY T, VILLIGER P: Prediction of depression in systemic lupus erythematosus patients using SF-36 mental health scores. *Rheumatology* 2001;40:695-8
3. BOOMSMA M, BIJL M, STEGEMAN C, KALLENBERG C, HOFFMAN G, TERVAERT J: Patients' perceptions of the effects of systemic lupus erythematosus on health, function, income, and interpersonal relationships: a comparison with Wegener's granulomatosis. *Arthrit Rheumat* 2002;47(2):196-201
4. RINALDI S, DORIA A, SALAFFI F et al: Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. I. Relationship between physical and mental dimensions and impact of age. *Rheumatology* 2004;43:1574-9
5. PANOPALIS P, PETRI M, MANZI S et al: The systemic lupus erythematosus tri-nation study: longitudinal changes in physical and mental well-being. *Rheumatology* 2005;44:751-5
6. DICKENS C, LEVENSON J, COHEN W: *Rheumatology*. In: Levenson J. Editor. *Textbook of Psychosomatic Medicine*. London: American Psychiatric Publishing 2005
7. SWEET JJ, DONINGER NA, ZEE PC, WAGNER LI: Factors influencing cognitive function, sleep and quality of life in individuals with systemic lupus erythematosus: A review of the literature. *Clin Neuropsychol* 2004;18(1):132-147
8. WARD MM, MARX AS, BARRY NN: Psychological distress and changes in the activity of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology* 2002;41:184-8

9. COHEN WS, ROBERTS WN, LEVENSON JI: Psychiatric aspects of systemic lupus erythematosus. In: Lahita RG, editor. Systemic Lupus Erythematosus. 4th ed. New York: Elsevier Inc 2004
10. IVERSON GL, SAWYER DC, McCRAKEN LM, KOZORA E: Assessing depression in systemic lupus erythematosus: determining reliable change. *Lupus* 2001;10:266-271
11. DE COSTA D, DOBKIN PL, FITZCHARLES MA, FORTIN PR, BEAULIEU A, ZUMMER M: Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2000;27:365-372
12. KHANNA S, PAL H, PANDEY RM, HANDA R: The relationship between disease activity and quality of life and in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2004;243:1536-40
13. KOZORA E, WEST S: Diagnostic dilemmas: measurement of mood disorders and depression in systemic lupus erythematosus (abstract). *Psychosom Med* 2002;64:126
14. BERMAN WH, SPERLING MB: The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), Attachment in adults – clinical and development perspectives. New York: Guilford Press 1994
15. BOWLBY J: Attachment and loss: Vol. I. Attachment. 2nd ed. New York; 1982 1^a ed. 1969.
16. LAKATOS K, TOTTH I, NEMODA Z, NEY K, SASVARI-SZEKELY M, GERVAI J: Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Mol Psychiatry* 2000;5(6):633-7
17. MAUNDER RG, HUNTER JJ: Attachment and psychosomatic medicine: developmental contribution to stress and disease. *Psychosom Med* 2001;63:556-587
18. CIECHANOWSKI PS, WALKER EA, KATON WJ, RUSS JE: Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med* 2002;64
19. STUART S, NOYES R: Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 1999;40(1): Janeiro-Feveiro.
20. ALLEN JG, STEIN H, FONAGY P, FULTZ J, TARGET M: Rethinking adult attachment: a study of expert consensus. *Bull Menninger Clin* 2005;69(1):59-80
21. MIKULINER M, SHAVER PR: Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York: Guilford 2007
22. WEST ML, SHELDON-KELLOR AE: Patterns of relating: an adult attachment perspective. New York: Guilford Press 1994
23. FRALEY RC, DAVIS KE: Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Pers Relatsh* 1997;4:131-144
24. MAUNDER R, HUNTER J: An integrated approach to the formulation and psychotherapy of medically unexplained symptoms: meaning- and attachment based intervention. *Am J Psychother* 2004;58:17-33
25. TAN A, ZIMMERMANN C, RODIN G: Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliat Med* 2005;19:143-150
26. MAUNDER RG, PANZER A, VILJOEN M, OWEN J, HUMAN S, HUNTER JJ: Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style. *Soc Sci Med* 2006;63:552-562
27. GLADMAN DD, GOLDSMITH CH, UROWITZ MB et al: Cross-cultural validation of three disease activity indices in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1992;19:608-611
28. COLLINS NL, READ SJ: Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soci Psychol* 1990;58:633-644
29. CANAVARRO MC, DIAS P, LIMA V: A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. *Psicologia XX* 2006
30. COSTA PT, McCRAE RR: *NEO PI-R*. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc 1992
31. BARROS AM: Os valores e o modelo dos cinco factores da personalidade: aplicação de dois instrumentos de medida a uma amostra de adultos trabalhadores. Tese de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa 1998
32. DEROGATIS LR: SCL-90: Administration, scoring and procedures manual – I for the revised version. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine. Clinical Psychometrics Research Unit 1977
33. CANAVARRO MC: Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo da vida. Coimbra: Quarteto 1999
34. ZIGMOND AP, SNAITH RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psych Scand* 1983; 67:361-370.
35. PAIS-RIBEIRO J, SILVA I et al: Validation of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med* 2007;12(2):225-237
36. PERRIS C, JACOBSON L, LINDSTORM H, VON KNORRING L, PERRIS H: Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psych Scand* 1980;61:265-274
37. CANAVARRO MC: A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psicológica* 1996;16:5-18
38. WARE JE, SNOW KK, KOSINSKI M, GANDEK B: SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993
39. FERREIRA PL: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Med Port* 2000;13:55-66
40. AINSWORTH MDS: Attachment across the lifespan. *Bulletin of the New York Acad Med* 1985;61:792-812
41. SCHMIDT S, NACHTIGALL C, WUETHRICH-MARTONE O, STRAUSS B: Attachment and coping with chronic disease. *J Psychosom Res* 2002;53:763-773
42. WATERLOO K, OMDAL R, HUSBY G, MELLGREN S: Emotional status in systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol* 1998;27:410-4
43. HUNTER JJ, MAUNDER RG: Using attachment theory to understand illness behaviour. *Gen Hosp Psych*, 2001;23:177-182
44. KLOHNEN EC, JOHN OP: Working models of attachment: A theorybased prototype approach. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. Attachment Theory and Close Relationships. New York: Guilford 1998;p.115-140
45. PLATTS H, TYSON M, MASON O: Adult attachment style and core beliefs: are they linked? *Clin Psychol Psychother* 2002; 9:332-348
46. PIELAGE S, GERLSMA C, SCHAAP C: Insecure attachment as a risk factor for psychopathology: the role of stressful events. *Clin Psychol Psychother* 2000;7:296-302
47. CARNELLEY KB, PIETROMONACO PR, JAFFE K: Depression, working models of others and relationship functioning. *J Person Soc Psychol* 1994;66:127-140

48. HAMMEN CL, BURGE D, DALEY SE, DAVILA J, PALEY B, RUDOLPH KD. Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *J Abn Psychol* 1995;104:436-443
49. MURPHY B, BATES GW: Adult attachment style and vulnerability to depression. *Person Individ Differ* 1997;22:835-844
50. MIKULINCER M, FLORIAN V, WELLER A: Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *J Person Soci Psychol* 1993;64:817-826
51. TAYLOR RE, MANN AH, WHITE NJ, GOLDBERG DP: Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med* 2000;30:931-941
52. BOWLBY J: Attachment and loss: Vol. II. Separation: anxiety and anger. New York: Basic Books 1973
53. GUEDENEY A: Vinculação e psicanálise. In: Guedeney N, Guedeney A. Editores. Vinculação – conceitos e aplicações. Lisboa: Climepsi Editores 2004
54. COLLINS NL, READ SJ: Cognitive representations of attachment: the structure and function of working models. In Bartholomew K, Perlman D, editors. Attachment processes in adulthood (53-92). London: Jessica Kingsley 1994
55. BÄCKSTRÖM M, HOLMES BM: Measuring adult attachment: a construct validation of two self-report instruments. *Scand J Psychol* 2001;42:79-86
56. GRIFFIN DW, BARTHOLOMEW K: The metaphysics of measurement: the case of adult attachment. *Adv Pers Relat* 1994;5:17-52



Hospital Santa Maria, Lisboa