

RITA HENRIQUES SIMÕES

A influência da queda de cabelo na saúde mental: Efeito da vergonha corporal e da autocompaixão em pessoas com alopecia



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2024

A influência da queda de cabelo na saúde mental: Efeito da vergonha corporal e da autocompaixão em pessoas com alopecia

The influence of hair loss on mental health: The effect of body shame and self-compassion in people with alopecia

RITA HENRIQUES SIMÕES

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

Coimbra, 2024

Agradecimentos

Num primeiro momento, gostaria de expressar o meu sincero agradecimento ao meu orientador, o Professor Doutor Diogo Carreiras, pela sua orientação incansável, paciência e valiosos conselhos ao longo desta jornada. A sua dedicação e apoio foram cruciais para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais e irmã, por todo o esforço feito ao longo destes anos em prol da minha felicidade e sucesso. Muito obrigada por acreditarem em mim. O vosso apoio foi fundamental!

À Teresa, à Angelina e à Beatriz, a ‘minha malta’. Por serem uma presença constante na minha vida. A vossa amizade e incentivo foram essenciais. Obrigada por toda a paciência e apoio!

À Carol e à Mariana. Colegas que viraram amigas e companheiras nesta aventura! Sem vocês não tinha sido tão fácil, foram um apoio fundamental. Obrigada pela vossa companhia nos longos cafés, nas imensas horas de estudo e por terem estado presentes nos piores e nos melhores momentos.

À Mangas, à Maria e à Filipa, que de uma forma ou de outra, sempre tentaram estar presentes e sempre me incentivaram a avançar e a não desistir. Muito obrigada!

A todos os meus amigos e família, que sempre acreditaram em mim!

Resumo

Introdução: A alopecia é uma condição dermatológica autoimune influenciada por fatores genéticos, ambientais e psicológicos. A alopecia está associada a uma mudança da imagem corporal, muitas vezes originando vergonha e conseqüentemente sintomas de depressão e ansiedade. A autocompaixão tem sido estudada como fator protetor para a psicopatologia, ajudando os indivíduos a lidar melhor com os desafios emocionais, promovendo uma aceitação mais positiva da imagem corporal e reduzindo o sofrimento psicológico.

Objetivos: Comparar os níveis de vergonha, sintomas depressivos e ansiosos e autocompaixão entre a população geral e pessoas com alopecia, bem como analisar o impacto desses fatores nos sintomas psicopatológicos de quem tem esta condição dermatológica.

Métodos: Duas amostras de participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos foram recolhidas: uma amostra da população geral composta por 325 indivíduos com uma média de 39.83 anos (DP = 12.82) e uma amostra de pessoas com alopecia, composta por 78 indivíduos com uma média de 36.45 anos (DP = 9.81). Todos os participantes preencheram questionários de autorresposta que avaliaram os sintomas de depressão, ansiedade e stress (DASS-21), a vergonha externa e interna (BISS) e a autocompaixão (SCS).

Resultados: A comparação entre as duas amostras mostrou valores mais baixos de autocompaixão na amostra clínica. Esta população apresentou níveis mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos, assim como de vergonha externa. As correlações mostraram uma associação negativa entre a autocompaixão e a ansiedade, depressão e vergonha. Inversamente, a vergonha interna e externa correlacionaram-se positivamente como os sintomas de ansiedade e depressão. Regressões hierárquicas revelaram que a autocompaixão foi a variável preditora significativa quer dos sintomas depressivos, quer dos sintomas ansiosos, contribuindo para explicar respetivamente 45% e 14% da variância.

Conclusão: Estes resultados salientam a autocompaixão como uma variável positiva e com potencial para diminuir o impacto que a vergonha com a imagem corporal tem no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, sobretudo sintomas depressivos, em pessoas com alopecia.

Palavras-chave: Alopecia, Depressão, Ansiedade, Vergonha com imagem corporal, Autocompaixão

Abstract

Introduction: Alopecia is an autoimmune dermatological condition influenced by genetic, environmental, and psychological factors. Alopecia is associated with changes in body image, often leading to shame and consequently symptoms of depression and anxiety. Self-compassion has been studied as a protective factor for psychopathology, helping individuals better cope with emotional challenges, promoting a more positive acceptance of body image, and reducing psychological distress.

Objectives: To compare levels of shame, depressive and anxious symptoms, and self-compassion between the general population and people with alopecia, as well as to analyze the impact of these factors on the psychopathological symptoms of those with this dermatological condition.

Methods: Two samples of participants aged between 18 and 65 years were collected: a general population sample consisting of 325 individuals with an average age of 39.83 years ($SD = 12.82$) and a sample of people with alopecia, consisting of 78 individuals with an average age of 36.45 years ($SD = 9.81$). All participants completed self-report questionnaires assessing symptoms of depression, anxiety, and stress (DASS-21), external and internal shame (BISS), and self-compassion (SCS).

Results: The comparison between the two samples showed lower self-compassion values in the clinical sample. This population had higher levels of depressive and anxious symptoms, as well as external shame. The correlations showed a negative association between self-compassion and anxiety, depression, and shame. Conversely, internal and external shame were positively correlated with symptoms of anxiety and depression. Hierarchical regressions revealed that self-compassion was a significant predictor of both depressive and anxious symptoms, contributing to 45% and 14% of the variance, respectively.

Conclusion: These results highlight self-compassion as a positive variable with potential to reduce the impact that shame regarding body image has on the development of psychopathological symptoms, particularly depressive symptoms, in people with alopecia.

Keywords: Alopecia, Depression, Anxiety, Shame about body image, Self-compassion

Introdução

A alopecia é uma condição dermatológica autoimune, onde o sistema imunitário reage de forma anormal atacando partes saudáveis do organismo, nomeadamente os folículos pilosos (Hunt & McHale, 2005). Esta condição pode classificar-se como alopecia cicatricial ou alopecia não cicatricial. A primeira, define-se pela inflamação e posterior destruição do folículo, levando à queda do cabelo, de forma irreversível. Surge a partir de traumas, como queimaduras ou trações, infeções ou processos infiltrativos. No que diz respeito à alopecia não cicatricial, não ocorre a destruição dos folículos. Caracteriza-se pela perda irregular de cabelo, afetando homens e mulheres de todas as idades, podendo aparecer em qualquer parte do corpo (Farias & Quirino, 2022). Embora a patogénese desta condição ainda não seja totalmente conhecida, sabe-se que não são só fatores genéticos que influenciam a evolução da doença. Fatores ambientais, tais como infeções, problemas psicológicos, uso de medicamentos ou alterações hormonais, também desempenham um papel importante no desenvolvimento da alopecia (Ozyurtlu & Cetin, 2022). Esta condição é crónica e recorrente, porém reversível (Farias & Quirino, 2022). Existem diferentes tipos de alopecia não cicatricial, sendo que as mais comuns são a areata e a androgenética.

Na alopecia areata o folículo capilar ataca e impede a produção de novos fios. Está muitas vezes relacionada com fatores emocionais e *stress* e afeta entre 0.5% e 2% da população geral, com o seu pico de incidência entre os 20 e os 25 anos. O curso desta doença é imprevisível e vários estudos provam que afeta negativamente, e de forma significativa, a qualidade de vida dos doentes nas suas vertentes emocional, psicológica e/ou social. Alguns estudos indicam que entre 13.7% a 56% dos doentes com este tipo de alopecia apresentam depressão e 13.7% a 47% perturbações da ansiedade. Estes valores tanto podem ser causa - devido a fatores emocionais -, como consequência da patologia - resultado das alterações da autoimagem (Ribeiro, 2016). A manifestação, evolução e tratamento desta doença, associam-se a aspetos psicológicos e psicossomáticos, por essa razão, a alopecia areata é considerada uma doença psicodermatológica, uma vez que envolve uma interação entre a mente e a pele (Camaliente et al., 2021; Hoffmann et al., 2005). Relativamente à alopecia androgenética, de origem genética, é caracterizada pelo afinamento progressivo dos fios de cabelo e pela menor densidade capilar. Afeta 85% dos homens e 40% das mulheres, iniciando-se na adolescência e tornando-se mais evidente entre os 40 e os 50 anos. A falta de cabelo deve-se ao processo de miniaturização dos folículos capilares e ainda à redução na síntese da melanina, resultando na

redução da pigmentação capilar (Kaliyadan et al., 2013; Reis, 2023). Por fim, outros tipos menos prevalentes de alopecia são, por exemplo, a frontal fibrosante, seborreica ou universal, cada uma delas com as suas especificidades em relação à perda capilar. Apesar de não serem tipos dolorosos ou fatais, podem causar irritação na pele e ter impacto psicoemocional (Cagnassi et al., 2023).

O cabelo é um componente essencial da identidade pessoal e da imagem social. Ele não contribui apenas para a aparência física, mas também desempenha um papel significativo na autoimagem e na autopercepção de um indivíduo. A queda acentuada de cabelo afeta os sentimentos de atração e autoestima do indivíduo referente à imagem corporal e, muitas vezes, a própria rotina, impactando negativamente na qualidade de vida. A impossibilidade de cuidar do cabelo, a insatisfação com a imagem e a preocupação com a aparência aos olhos dos outros, são alguns dos fatores principais que contribuem para o desconforto de quem vive com alopecia (Stough et al. 2005; Kaliyadan et al., 2013; Reis, 2023). Embora a doença não seja clinicamente grave, pode afetar bastante o estado emocional de quem se depara com ela (Cagnassi et al., 2023). A carga psicológica destas doenças, combinada com o estigma social, contribui diretamente para problemas de saúde mental, incluindo a depressão (Porpeta et al., 2023). Um estudo concluiu que algumas perturbações depressivas e ansiosas, são mais comuns em pessoas com alopecia, comparativamente com pessoas da população geral. Num outro estudo, alguns pacientes com alopecia experienciaram um sentimento contínuo de perda, equiparado ao luto (Hunt & McHale, 2005).

É recorrente a esta condição estar associada a vergonha e a preocupação com a aparência, contribuindo para a diminuição da autoestima, isolamento social e, conseqüentemente, sintomas depressivos (Gilbert, 2000, 2003; Tangney et al., 1996). Um estudo realizado por Prado e Neme (2008) concluiu que mulheres portadoras de alopecia areata, manifestam sintomas depressivos, que se associam à baixa autoestima, devido à autoestigmatização pela queda do cabelo e conseqüente prejuízo estético, que promove o sentimento de vergonha relativamente à autoimagem. Ansiedade e *stress* são também fenómenos psicológicos bastante comuns e muitas vezes associados ao início da alopecia. No mesmo estudo, as participantes relataram afastamento social, sentimentos de preconceito por parte de outras pessoas e ainda preocupação com o reconhecimento da própria identidade feminina (Camaliente et al., 2021). Adicionalmente, pessoas com alopecia, assumem ter uma baixa autoestima e, deste mesmo modo, apresentam níveis mais elevados de sintomas ansiosos

e depressivos (Abideen et al., 2018; Katoulis et al., 2014; Okhovat et al., 2019). É possível afirmar que a vergonha é uma emoção autoconsciente, com uma função adaptativa e reguladora da coesão social (Castilho et al., 2010), subjacente a toda a existência humana, por isso mesmo, experienciá-la também é universal, uma vez que esta guia o nosso comportamento e influencia a forma como nos vemos, por estar intrinsecamente ligada à relação do “eu” com os outros (Gerardo, 2021; Gilbert, 1998; Raposo et al., 2015). Gilbert (1997) entendeu a vergonha como uma experiência social interna, tratando-se de uma resposta defensiva à experiência de rejeição ou desvalorização, uma vez que ser atrativo ou provocar sentimentos positivos na mente dos outros, representa, do ponto de vista evolutivo, uma questão de sobrevivência, impulsionada pelo desenvolvimento do *self* (Reeve, 2010). A vergonha, emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal, tem origem no facto do “eu” se tornar objeto do olhar, da escuta e do pensamento dos outros (Guilherme, 2011), tornando-se uma experiência social dolorosa, por se sentir julgado, visto como inferior, defeituoso ou pouco atrativo aos olhos dos demais (Gilbert et al., 2010). Gilbert (2000), distinguiu dois tipos de vergonha, nomeadamente a vergonha interna (VI) e a vergonha externa (VE).

No que diz respeito à VI, é perceptível a influência da autoconsciência e das representações simbólicas - representações mentais da própria identidade (*self*), a nível pessoal e coletivo, desenvolvidas em conjunto com a autoestima (Gilbert, 2003). O sujeito foca-se de forma depreciativa nas suas características físicas e comportamentais e na sua própria personalidade, envolvendo autoavaliações negativas e uma fraca autocompaixão (Gilbert, 2000, 2007), compreendendo uma série de experiências que podem incluir sentimentos autoconscientes de inferioridade e fracasso (Gilbert et al., 2010). Esta relaciona-se com as dinâmicas internas do “eu” e com a forma como o “eu” se julga e se sente (Gilbert, 2003). Por sua vez, a VE refere-se aos aspetos que o sujeito considera que seriam rejeitados ou julgados por parte da sociedade. Esta aparece quando as avaliações e os sentimentos são focados no ambiente social e externo, resultando numa perceção de si mesmo como inferior, inadequado ou julgado pelos outros. Basicamente ocorre quando experienciamos o “eu” através da mente dos outros, prevendo sempre o julgamento negativo (Gilbert, 2003), aumentando a ansiedade e a preocupação com a aceitação social. Em alguns momentos, os indivíduos podem sentir em simultâneo VI e VE, uma vez que a vergonha influencia a forma como os indivíduos em geral pensam e sentem, não só em relação a si mesmos, mas também em relação à sua presença na sociedade (Dias, 2016; Gilbert, 1998) No entanto, estas duas componentes da vergonha são distintas entre si (Gilbert, 2000).

Estudos recentes apontam a importância da vergonha no início e no desenvolvimento da depressão (Castilho et al., 2010; Harder & Greenwald, 2000). Whelton e Greenberg (2005) afirmaram que, por vezes, indivíduos que apresentam níveis elevados de autocriticismo, quando submetidos às suas próprias críticas, sentem vergonha e, conseqüentemente, sintomas depressivos. Em 2009, Yazigi e seus colegas, destacaram a existência de uma relação recíproca entre a depressão e as doenças dermatológicas crônicas, assim como o elevado impacto que essas doenças têm na qualidade de vida de quem vive com alopecia, existindo, frequentemente, uma ligação entre a ansiedade e a depressão nestes indivíduos, que as associam ao início do aparecimento da doença (Camaliente et al., 2021).

Com frequência, indivíduos portadores de doenças dermatológicas adotam comportamentos maladaptativos de evitamento social ou desvalorização pessoal. A vergonha está intimamente ligada às relações interpessoais, interferindo na forma como o indivíduo interage consigo próprio e com os outros. Isso leva à formação de padrões negativos de autoimagem, distanciando a autopercepção da realidade (Gilbert & Andrews, 1998; Lewis, 1992; Pinheiro, 2021). Em oposição a uma relação interna de autocriticismo, nas últimas décadas tem existido um interesse científico crescente na autocompaixão. A autocompaixão desempenha um papel crucial como preditora de saúde mental e bem-estar. Este processo psicológico inclui a sensibilidade ao próprio sofrimento bem como a motivação para o aliviar. Vários estudos têm indicado que a autocompaixão é um mecanismo promotor de flexibilidade psicológica, aceitação de experiências dolorosas e apaziguamento da autocrítica severa (Gilbert, 2010; Jorge, 2019; Neff & Germer, 2017).

Segundo Neff (2023), a autocompaixão refere-se à forma como nos relacionamos conosco próprios em caso de fracasso, sentimento de inadequação ou sofrimento pessoal. Esta envolve estar presente com a própria dor, sentindo-se conectado com outras pessoas que também sofrem, e compreendendo e apoiando o próprio em momentos difíceis, especialmente quando é necessário regular emoções angustiantes. Baseando-se nos construtos da filosofia budista, a autora assume que a compaixão é omnidirecional e inclui a própria pessoa e os outros. Neff (2023) operacionaliza a autocompaixão como um conjunto de três dimensões básicas, onde cada uma compreende duas componentes, que se opõem uma à outra, comportando reações compassivas e não compassivas. A autobondade refere-se à tendência para ser caloroso, encorajador e compreensivo para consigo, ao invés de julgador. Quando as pessoas se tratam a si próprias com carinho e cuidado, tendem a sentir-se mais validadas, apoiadas e encorajadas,

o que se opõe ao julgamento. A humanidade comum envolve o reconhecimento de que todas as pessoas têm problemas, cometem erros e se sentem inadequados de alguma forma, em algum momento. É entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior, que se opõe ao isolamento (Neff, 2023). Por fim, o mindfulness (em português, “atenção plena”) envolve estar consciente do momento presente, de forma clara e equilibrada, de maneira a que não sejam ignorados os aspectos negativos da vivência humana. Refere-se à consciência plena e ao reconhecimento dos pensamentos e sentimentos sem que haja sobreidentificação (Brown & Ryan, 2003; Neff, 2003, 2023). Estas três componentes são conceptual e fenomenologicamente distintas, apesar de interdependentes (Neff, 2003), interagindo num sistema dinâmico, de forma a criar um estado de mente compassiva (Neff, 2016a).

Pessoas que têm a capacidade de estar mais abertas ao próprio sofrimento, não o evitando, têm uma maior tendência para se tratarem a si próprias com compreensão, em vez de com criticismo (Neff, 2003; Neff et al., 2018; Silva, 2023). Segundo Stapleton et al. (2017), a autocompaixão pode ser considerada um fator significativo de fonte de autoestima positiva. Enquanto que a autoestima está dependente do sucesso de vários domínios, a autocompaixão passa pela capacidade de tratar a si mesmo com bondade em tempos de adversidade (Silva, 2023), implica reconhecer que a condição humana é imperfeita (Neff, 2015). Em 2014, Breines e colaboradores, afirmaram que “ao encorajar a aceitação de imperfeições e reduzir a vergonha do corpo, a compaixão pode ser especialmente adequada para neutralizar as pressões sociais relacionadas com a aparência”.

A autocompaixão pode ser vista como uma ferramenta de autorregulação emocional, considerada até um fator protetor para a depressão e a sua recaída, uma vez que para além de reduzir a sintomatologia depressiva, também neutraliza os efeitos de eventos negativos de forma a minimizar o risco de desenvolver depressão. Segundo os autores Neff et al. (2006), indivíduos que apresentam elevados níveis de autocompaixão são capazes de gerar emoções positivas como calma e satisfação, contribuindo para maiores taxas de bem-estar psicológico e satisfação com a vida. Uma autocompaixão mais elevada prevê menos relatos de tristeza e constrangimento diante de eventos negativos (Leary et al., 2007; Rocheta, 2021). Vários estudos têm comprovado que a autocompaixão é um forte preditor de saúde mental e de bem-estar. Um estudo guiado por Neff e colaboradores (2007), verificou uma associação negativa entre a autocompaixão e o auto-criticismo, a depressão e a ansiedade. Contrariamente, a

autocompaixão está positivamente associada com a satisfação com a vida e afetividade positiva (Neves, 2011). Esta surge como uma ferramenta importante para ajudar os indivíduos a lidar de forma mais eficaz com os desafios emocionais associados à alopecia (Hunt & McHale, 2005). Níveis mais elevados de autocompaixão estão associados a menor sofrimento psicológico, menos vergonha relacionada à aparência e maior aceitação da própria imagem corporal (Ferreira et al., 2013). A autocompaixão pode ajudar a mitigar os efeitos negativos da alopecia sobre a saúde mental. A autocompaixão tem a capacidade de promover a aceitação e o respeito por si mesmo, independentemente das suas imperfeições (Stapleton et al., 2017), melhorando a relação com a imagem corporal (Pisitsungkagarn et al., 2014). Um estudo realizado por Rasouliisini e colaboradores (2019), permitiu concluir que a autocompaixão pode reduzir a depressão grave e a autocrítica.

Partindo deste enquadramento, o presente estudo tem dois objetivos principais: (a) examinar as diferenças entre a vergonha relacionada com a imagem corporal, sintomas depressivos e ansiosos e autocompaixão entre a população geral e pessoas com alopecia; e (b) analisar o efeito da vergonha com a imagem corporal e da autocompaixão nos sintomas depressivos e ansiosos de pessoas com alopecia. Hipotetizamos que pessoas com alopecia terão níveis mais elevados de vergonha, sintomas depressivos e ansiosos e níveis mais reduzidos de autocompaixão do que a população geral; e que a vergonha e a autocompaixão serão preditores significativos dos sintomas psicopatológicos de pessoas com alopecia.

Materiais e Métodos

Participantes

Para este estudo, foram recrutados participantes para duas amostras distintas: (a) uma amostra clínica composta por pessoas com diagnóstico de alopecia e (b) uma amostra de pessoas da população geral, ou seja, sem diagnóstico da condição em estudo.

A amostra clínica foi constituída por 78 indivíduos, 67 (85.9%) do sexo feminino e 11 (14.1%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 59 anos com uma média de idades de 36.45 anos ($DP = 9.81$). Relativamente ao estado civil dos participantes, a maioria referiu estar casado ou em união de facto (44.9%), seguido de solteiro (46.2%). No que se refere ao nível socioeconómico percebido, 61 (78.2%) dos indivíduos reportou um nível

médio, 5 (6.4%) um nível alto, contrastando com 12 (15.4%) que reportaram um nível baixo. No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maior parte dos participantes concluiu a licenciatura (43.6%) ou o mestrado (29.5%). Relativamente ao diagnóstico de alopecia, 11.5% dos participantes foi diagnosticado há menos de seis meses, 37.2% entre seis a 24 meses e 51.3% há mais de 24 meses. A alopecia androgenética (55.1%) e a alopecia areata (25.6%) foram os tipos mais reportados. Podemos ainda afirmar que a zona corporal mais afetada nos participantes é o couro cabeludo (95%), seguida do rosto (15%). Do total, 65 (83.3%) referiu ter perdido pelo/cabelo em apenas uma zona do corpo, no entanto, 10.3% da amostra foi afetada em cinco ou mais zonas. Quando questionados sobre a gravidade da condição, 20 (25.6%) participantes consideram a gravidade leve, 40 (51.3%) consideram a gravidade moderada e 18 (23.1%) grave. De entre os participantes, 18 (23.1%) afirmaram ter procurado acompanhamento psicológico/psiquiátrico devido à alopecia.

A amostra de pessoas da população geral foi constituída por 325 indivíduos, 242 (74.5%) do sexo feminino e 83 (25.5%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos com uma média de idades de 39.83 ($DP = 12.82$). Relativamente ao estado civil, a maior parte dos participantes referiu estar casado ou em união de facto (52.3%) ou solteiro (37.5%). No que se refere ao nível socioeconómico, 270 (83.1%) reportaram um nível médio, 21 (6.5%) um nível alto, contrastando com 34 (10.5%) que reportaram um nível baixo. No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maior parte dos participantes concluiu a licenciatura 160 (49.2%) ou o ensino secundário 102 (31.4%). Informação detalhada sobre as características sociodemográficas das duas amostras pode ser encontrada na Tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra da população geral ($n = 325$) e da amostra de pessoas com alopecia ($n = 78$)

		População com alopecia		População geral	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género	Feminino	67	85.9	242	74.5
	Masculino	11	14.1	83	25.5
Estado civil	Solteiro	36	46.2	122	37.5
	Casado/ união de facto	35	44.9	170	52.3
	Divorciado/separado	6	7.7	28	8.6
	Viúvo	1	1.3	5	1.5
Nível socioeconómico	Baixo	12	15.4	34	10.5
	Médio	61	78.2	270	83.1
	Alto	5	6.4	21	6.5
Escolaridade	9ºano ou inferior	5	6.4	13	4.0
	Ensino secundário	16	20.5	102	31.4
	Licenciatura	34	43.6	160	49.2
	Mestrado	23	29.5	48	14.8
	Doutoramento	0	0	2	0.6

Instrumentos de Avaliação

Questionário sociodemográfico e clínico desenvolvido pelos autores com o objetivo de recolher informação sociodemográfica (e.g., idade, escolaridade, nível socioeconómico percebido) e clínica sobre a condição dermatológica em estudo (e.g., tempo de diagnóstico, partes do corpo afetadas).

Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21) original de Lovibond e Lovibond (1995) traduzida e adaptada para a população portuguesa (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, EADS-21) por Pais-Ribeiro et al. (2004). Trata-se de uma escala de autorresposta, composta por 21 itens, divididos em 3 subescalas - depressão, ansiedade e stress - cada uma

com 7 itens. Tem como principal objetivo avaliar os estados afetivos e emocionais da depressão, ansiedade e stress, sendo uma resposta dada mediante uma escala de quatro pontos, em que 0 corresponde a “Não se aplicou nada a mim” e 3 “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, onde as pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos. É pedido aos participantes que respondam sempre tendo como referência temporal a última semana. No presente estudo, os valores obtidos do Alfa de Cronbach foram 0.88 na escala da depressão e 0.92 na escala de ansiedade.

Body Image Shame Scale (BISS) original de Duarte et al. (2014). Trata-se de uma escala de autorresposta, composta por 14 itens, divididos em 2 subescalas – vergonha corporal externa (VCE) e vergonha corporal interna (VCI) – cada uma com 7 itens. Tem como principal objetivo avaliar a experiência de vergonha focada na imagem corporal, sendo uma resposta dada mediante uma escala de cinco pontos, em que 0 corresponde a “Nunca” e 4 corresponde a “Quase sempre”, onde as pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de vergonha em relação à imagem corporal. É pedido aos participantes que respondam sempre tendo em conta a tradução da frequência com que experimentam sentimentos ou experiências de vergonha. No presente estudo, os valores obtidos do Alfa de Cronbach foram 0.93 na dimensão VCE e 0.94 na dimensão VCI.

Self-Compassion Scale (SCS) original de Neff (2003) traduzida e adaptada para a população portuguesa (Escala de Autocompaixão) por Castilho et al, (2015). Trata-se de uma escala de autorresposta, composta por 26 itens, divididos em 6 subescalas – calor/compreensão, autocrítica, condição humana, isolamento, mindfulness e sobre-identificação. Tem como principal objetivo de avaliar a autocompaixão, ou seja, a atitude compassiva em relação ao próprio, sendo uma resposta dada mediante uma escala de cinco pontos, em que 1 corresponde a “Quase nunca” e 5 corresponde a “Quase sempre”, onde as pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de autocompaixão. É pedido aos participantes que respondam sempre tendo em conta a frequência do seu comportamento em relação à autocompaixão. No presente estudo, os valores obtidos do Alfa de Cronbach são de 0.93 relativamente à consistência interna.

Procedimentos

Esta dissertação encontra-se inserida no projeto de investigação: *A vergonha corporal, autocompaixão e depressão na comunidade geral e em pessoas com alopecia e psoríase*. Num primeiro momento, foram enviados pedidos de autorização, via e-mail, a cada um dos autores dos instrumentos de avaliação utilizados neste estudo. Simultaneamente, o projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, com o propósito de obter aprovação para a realização do mesmo. Após o parecer favorável por parte da Comissão de Ética (referência: CE-P11-24), foi iniciada a recolha de dados.

A recolha dos dados realizou-se entre março e abril de 2024. Os critérios de inclusão de participantes foram: idade compreendida entre os 18 e os 65 anos e nacionalidade portuguesa. Para este projeto foram recrutados participantes para amostras distintas: população geral, pessoas com alopecia e pessoas com psoríase. Para o presente estudo apenas foram utilizadas as duas primeiras amostras, permitindo uma comparação e uma análise mais abrangente e completa dos fatores em estudo. Os participantes foram recrutados através de redes sociais, grupos de apoio e *flyers* distribuídos em cabeleireiros e estabelecimentos de produtos capilares, por serem locais possivelmente frequentados por pessoas com alopecia.

As pessoas interessadas em participar que acederam ao *link* do formulário criado na plataforma *Google Forms* tiveram acesso a informações relevantes sobre o estudo, nomeadamente equipa de investigação, objetivos e questões éticas (e.g., confidencialidade, anonimato, participação voluntária, uso dos dados exclusivamente para fins de investigação). Posteriormente, concederam o seu consentimento informado (baseado na versão mais recente da Declaração de Helsínquia) e iniciaram o preenchimento de um conjunto de questionários de autorresposta.

Análise Estatística

Este estudo é quantitativo e transversal. Todos os procedimentos estatísticos, análises descritivas, de confiabilidade, correlacionais e de regressão foram efetuados através do IBM SPSS Statistics, versão 26. Para verificar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov (K-S), assim como examinados os valores de assimetria e curtose. A normalidade de dados é assegurada pela presença de um teste de K-S não significativo ($p >$

.05) e por valores de assimetria < 3 e curtose < 10 (Kline, 1998). De maneira a observar os valores extremos, procedeu-se à análise do diagrama de extremos e quartis.

Procedeu-se à caracterização da amostra em estudo, através do cálculo das médias, desvio-padrão, das frequências e percentagens das variáveis em estudo. Para explorar as características da amostra foram conduzidas estatísticas descritivas e, para testar as diferenças entre população geral e pessoas com alopecia realizou-se o teste *t-student* para amostras independentes. A interpretação da medida do tamanho do efeito foi realizada tendo por base a classificação de Cohen (1988) que considera valores de 0.2 pequenos, de 0.5 médios e de 0.8 grandes. Foram conduzidas as matrizes de correlação de Pearson, de modo a entender o grau da relação entre as variáveis, em que a magnitude dos coeficientes de correlação inferior a .20 é considerada muito fraca, entre .20 e .40 fraca, entre .40 e .70 moderada, e entre .70 e .90 elevada.

Foram efetuados dois modelos de regressão múltipla para investigar potenciais preditores dos sintomas depressivos e ansiosos em pessoas com alopecia. As variáveis independentes incluídas nos modelos de regressão foram a vergonha interna, vergonha externa e autocompaixão. A independência dos erros foi analisada considerando o valor de Durbin-Watson (DW aceitável quando < 2). A multicolinearidade e a singularidade das variáveis foi examinada através dos Variance Inflation Factors (VIF), sendo valores abaixo de 10 aceitáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

Resultados

Análise Preliminar dos Dados

Apesar de os valores do teste K-S terem sido significativos nas variáveis em estudo, os valores de assimetria e curtose encontraram-se dentro dos valores de referência aceitáveis para a condução de estatísticas paramétricas (assimetria < 3 e curtose < 10 ; Kline, 1998). Pela análise do diagrama de extremos e quartis, não foram observados valores extremos significativos, pelo que não foi necessário eliminar nenhum caso, assegurando assim a realização dos procedimentos estatísticos e a variabilidade amostral.

No que se refere às regressões hierárquicas, os valores de Durbin-Watson foram aceitáveis para os sintomas depressivos (1.62) e para sintomas ansiosos (1.54). Os VIF foram inferiores a 10, assegurando a ausência de multicolinearidade.

Comparação de Variáveis Psicológicas entre Pessoas Com e Sem Alopecia

Na Tabela 2 são apresentados os dados comparativos entre população geral e pessoas com alopecia. Em relação à autocompaixão, $t(401) = 4.40, p < .001$, pessoas com alopecia apresentaram valores mais baixos, com um tamanho do efeito moderado ($d = 0.55$). No que diz respeito à vergonha interna, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(401) = -1.86, p = .063$. Por outro lado, a vergonha externa evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(401) = -4.55, p < .001$, com um tamanho do efeito moderado ($d = 0.75$). Relativamente aos sintomas depressivos, $t(401) = -3.86, p < .001$, e ansiosos, $t(401) = -2.42, p < .001$, pessoas com alopecia reportaram níveis mais elevados em comparação com a população geral, com tamanho do efeito pequeno ($d = 0.28$) e próximo de moderado ($d = 0.44$), respetivamente.

Podemos assim concluir que estes resultados indicam que a alopecia está associada a menores níveis de autocompaixão e maiores níveis de vergonha interna, vergonha externa, ansiedade e depressão.

Tabela 2

Diferenças entre população geral e pessoas com alopecia nas variáveis psicológicas em estudo.

	População com alopecia ($n = 78$)	População geral ($n = 325$)	t	$p - value$	d
	$M (DP)$	$M (DP)$			
Autocompaixão total (SCS)	2.87 (0.61)	3.21 (0.60)	4.40	< .001	0.55
Vergonha interna (BISS)	11.62 (7.79)	9.82 (7.57)	-1.86	.063	0.23
Vergonha externa (BISS)	9.00 (7.49)	5.27 (6.22)	-4.55	< .001	0.75
Ansiedade (DASS-21)	5.40 (5.50)	4.02 (4.26)	-2.42	< .001	0.28
Depressão (DASS-21)	7.08 (5.75)	4.85 (4.23)	-3.86	< .001	0.44

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale; BISS = Body Image Shame Scale; SCS = Self-Compassion Scale

Análise de Correlações

Na Tabela 3, podemos verificar que em pessoas com alopecia os sintomas de ansiedade e depressão se relacionaram de forma negativa e estatisticamente significativa com a autocompaixão, indicando assim que níveis mais elevados de autocompaixão estão associados a níveis mais baixos de ansiedade ($r = -.40, p < .001$) e de depressão ($r = -.65, p < .001$). A vergonha interna ($r = -.52, p < .001$) e externa ($r = -.53, p < .001$) apresentaram igualmente correlações negativas com a autocompaixão. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de vergonha estão relacionados com níveis mais reduzidos de autocompaixão. Ademais, entre as duas medidas de vergonha existiu uma correlação positiva forte ($r = .80, p < .001$), indicando que os valores de ambas estão intimamente ligados, concluindo que indivíduos que experienciam elevada vergonha interna tendem a experienciar igualmente elevada vergonha externa, e vice-versa. Por fim, foi possível observar uma correlação positiva forte entre os sintomas de ansiedade e depressão ($r = .66, p < .001$) revelando que esses sintomas psicopatológicos se encontram fortemente ligados.

Tabela 3

Correlações entre as variáveis em estudo na amostra de pessoas com alopecia ($n = 78$)

	1.	2	3	4	5
1. Autocompaixão total (SCS)	1	-	-	-	-
2. Vergonha interna (BISS)	-.52**	1	-	-	-
3. Vergonha externa (BISS)	-.53**	.80**	1	-	-
4. Depressão (DASS-21)	-.65**	.39**	.47**	1	-
5. Ansiedade (DASS-21)	-.40**	.17	.24*	.66**	1

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$; DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale; BISS = Body Image Shame Scale; SCS = Self-Compassion Scale

Regressões Lineares Hierárquicas a Predizer Sintomas Psicopatológicos

Para analisar a influência da vergonha interna e externa e da autocompaixão, nos sintomas depressivos, foi realizada uma regressão linear hierárquica (Tabela 4). No primeiro modelo, a vergonha interna e a vergonha externa foram inseridas como variáveis independentes, indicando que apenas a vergonha externa ($\beta = .45, p = .011$) foi um preditor

significativo da depressão. Este modelo estatisticamente significativo, $F(2, 75) = 10.84, p < .001$, e explicou 20% da sintomatologia depressiva. No segundo passo do modelo, também significativo, $F(3, 74) = 20.20, p < .001$, a autocompaixão foi inserida como variável independente, incrementando a explicação da sintomatologia depressiva para 43%. Neste modelo, apenas a autocompaixão se mostrou um preditor significativo da sintomatologia depressiva ($\beta = -.57, p < .001$). Tanto a vergonha interna ($\beta = -.12, p = .402$) como a externa ($\beta = .27, p = .071$) não contribuíram para a explicação destes sintomas.

Tabela 4

Regressão linear hierárquica a predizer os sintomas depressivos na amostra de pessoas com alopecia ($N = 78$)

	R quadrado	R quadrado ajustado	β	Erro
Modelo 1	.22	.20		
Vergonha interna (BISS)			.03	.13
Vergonha externa (BISS)			.45*	.13
Modelo 2	.45	.43		
Vergonha interna (BISS)			-.12	.11
Vergonha externa (BISS)			.27	.11
Autocompaixão (SCS)			-.57**	.98

Nota. * $p < .01$, ** $p < .001$; BISS = Body Image Shame Scale; SCS = Self-Compassion Scale

De igual modo, foi realizada uma regressão linear hierárquica a predizer os sintomas ansiosos (Tabela 5). Após a análise do primeiro modelo, verificou-se que nenhuma das variáveis independentes - vergonha interna ($\beta = -.07, p = .707$) e vergonha externa ($\beta = .30, p = .118$) - apresentou poder preditivo significativo na explicação dos sintomas ansiosos. Este modelo não foi estatisticamente significativo, $F(2, 75) = 2.38, p = .100$. No segundo passo, $F(3, 74) = 5.03, p = .003$, foi possível confirmar que ao incluir a autocompaixão ($\beta = -.40, p = .003$) como variável independente, o modelo foi significativo e explicou 14% dos sintomas de ansiedade.

Tabela 5

Regressão linear hierárquica a predizer os sintomas ansiosos na amostra de pessoas com alopecia ($n = 78$)

	R quadrado	R quadrado ajustado	β	Erro
Modelo 1	.06	.04		
Vergonha interna (BISS)			-.07	.13
Vergonha externa (BISS)			.30	.14
Modelo 2	.17	.14		
Vergonha interna (BISS)			-.18	.13
Vergonha externa (BISS)			.18	.13
Autocompaixão (SCS)			-.40*	1.1

Nota. * $p < .01$, ** $p < .001$; BISS = Body Image Shame Scale; SCS = Self-Compassion Scale

Discussão

A alopecia é uma condição que pode afetar significativamente a autoimagem e o bem-estar psicológico devido à perda de cabelo, muitas vezes associada a sentimentos de vergonha e estigma social (Hunt & McHale, 2005). No contexto de pessoas com doenças autoimunes, como é o caso da alopecia, os fatores como a autocompaixão e o autocrítico influenciam a vergonha e a culpa nesta população (Rasouliisini et al., 2019). A autocompaixão, em particular, tem-se mostrado um fator protetor eficaz em diversos contextos de saúde mental por promover uma atitude mais amável e compreensiva em relação a si próprio, reduzindo a vergonha e a depressão e aumentando o bem-estar geral (Neff & Germer, 2013), o que poderá igualmente beneficiar pessoas com alopecia. Assim, o presente estudo teve como foco a comparação de fatores psicológicos entre pessoas com alopecia e população geral, e examinar o contributo da vergonha relacionada com a imagem corporal e autocompaixão nos sintomas depressivos e ansiosos.

Neste estudo, os resultados mostraram que os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados em pessoas com alopecia do que em pessoas da população geral. Tal pode ser explicado por ser comum a co-ocorrência de ansiedade e depressão em condições de saúde que

afetam a imagem corporal. Estudos indicam que pessoas que têm alopecia sofrem 5 vezes mais de depressão que a população geral e 3 vezes mais de ansiedade (Ribeiro, 2016). Outro resultado deste estudo que sugere que os desafios acrescidos da condição de alopecia influenciam os níveis de saúde mental, foi a percentagem de pessoas da amostra clínica a procurar apoio psicológico devido diretamente a esta doença autoimune (23.1%).

Em relação à vergonha com a imagem corporal, observou-se que pessoas com alopecia tendem a experienciar níveis significativamente mais elevados de VE. Esta forma de vergonha está associada ao medo de ser avaliado ou julgado de forma negativa por parte dos outros. A literatura existente confirma que o estigma social em torno da perda de cabelo, pode levar a um aumento da VE, impactando negativamente a autoestima e o bem-estar emocional (Cash, 1999; Hunt & McHale, 2005). Segundo Cash (1999), a aparência física é uma fonte significativa de vergonha, especialmente quando está em desacordo com as normas sociais de beleza. Relativamente à VI, foi possível observar que não existiu uma diferença significativa entre grupos, uma vez que esta se refere a cognições e afetos que a pessoa tem dos seus próprios atributos e características, que não são diretamente influenciadas pela presença ou ausência de cabelo. A VI relacionada com a autoimagem pode ser menos prevalente por ser mais focada numa reflexão pessoal sobre a própria identidade e não sobre o que os outros pensam acerca de si.

No que diz respeito à autocompaixão, pessoas com alopecia apresentam níveis mais baixos do que a população geral, o que parece indicar que esta população clínica tem mais dificuldade em lidar de forma positiva e construtiva com as suas próprias emoções e desafios. A população com alopecia enfrenta diariamente desafios associados à vergonha com a imagem corporal uma vez que o couro cabeludo é um lugar de grande visibilidade, é comum provocar mal-estar e diminuição da autoestima. Esta população relata frequentemente afastamento social, devido a uma autoestigmatização pela queda do cabelo, levando a uma conseqüente preocupação com o reconhecimento da própria identidade feminina, no caso de pessoas que se identificam com o género feminino (Prado & Neme, 2008). A estas questões estão associados estados emocionais negativos, como a depressão e a ansiedade, que estão frequentemente acompanhados de uma maior autocritica e uma menor autocompaixão. A autocompaixão tem o potencial de promover uma atitude de aceitação da própria pessoa e aumentar os níveis de resiliência emocional. Este mecanismo de regulação emocional permite que um indivíduo

regule as próprias emoções de forma mais eficaz, ao enfrentar ameaças, reduzindo assim o seu impacto na saúde mental (Jorge, 2019).

Quando feitas correlações de forma a avaliar e compreender as relações entre as diferentes variáveis em indivíduos com alopecia, foi possível observar que existe uma correlação forte positiva entre ansiedade e depressão. Esta correlação pode assumir uma dimensão particularmente significativa entre pessoas com alopecia, uma vez que é uma população que tem tendência a sofrer uma carga emocional mais intensa devido aos vários fatores relacionados com a condição. A queda de cabelo implica uma mudança no estilo de vida destes indivíduos de forma inesperada e indesejada (Camaliente et al., 2021). Estes dados refletem a alta influência mútua e a alta comorbilidade entre estas duas variáveis. A maioria das pesquisas mostra que pessoas com alopecia apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Hunt & McHale, 2005), uma vez que a queda do cabelo implica uma mudança de identidade pessoal e imagem corporal, difíceis de aceitar.

Ao analisar a VI e a VE em relação à imagem corporal sentida pela população com alopecia, foi possível observar uma correlação forte entre si, sugerindo que os dois tipos de vergonha estão altamente interligados. Essa inter-relação pode ser particularmente intensa, dado que a condição afeta diretamente a aparência, e conseqüentemente as interações sociais (Hunt & McHale, 2005). Analisando as correlações entre a vergonha e os sintomas psicopatológicos, a VE apresentou correlações mais elevadas. Tal pode ser explicado pelo facto de a vergonha relacionada com a imagem corporal (particularmente a falta de cabelo) estar ligada a um maior medo de julgamento por parte dos outros (VE), gerando sentimentos de inadequação e desvalorização (Hunt & McHale, 2005) e não tanto a uma perceção negativa de si próprio (VI). Isto pode dever-se ao facto de a alopecia ser uma condição muito ligada à aparência física. A vergonha relacionada à imagem corporal em pessoas com alopecia, está intimamente ligada tanto à ansiedade, como à depressão. A constante preocupação com a imagem e o medo do estigma, levam a uma hiper-vigilância em situações sociais, aumentando assim os níveis de ansiedade. Por outro lado, quando essa vergonha leva a sentimentos de desesperança e inutilidade, pode resultar em sentimentos depressivos. Pessoas com alopecia, por se sentirem incapazes de alcançar os padrões de beleza e a aceitação social, podem desenvolver um quadro depressivo, e aumentar o isolamento (Camaliente et al., 2021).

Observou-se que a autocompaixão se correlaciona negativamente com as restantes variáveis psicológicas, nomeadamente ansiedade, depressão, VI e VE, indicando que níveis elevados de autocompaixão estão associados a níveis mais reduzidos das outras variáveis. Estudos anteriores têm demonstrado, consistentemente, que a autocompaixão está associada a vantagens ao nível psicológico, incluindo menores sintomas ansiosos e depressivos (Neff, 2003; Raes, 2010). Um estudo realizado por Rasouliisini e colaboradores (2019) concluiu que a autocompaixão é uma construção adaptativa que ajuda a aumentar o autoconhecimento integrativo e a reduzir problemas psicológicos, aumentando a atenção plena, a aceitação sem julgamentos, a empatia e a atenção constante aos sentimentos internos. O mesmo estudo inferiu que a autocompaixão pode reduzir a depressão grave e a autocrítica.

De forma a perceber o efeito preditivo da vergonha em relação à imagem corporal e da autocompaixão na depressão, foi realizada uma regressão hierárquica. No primeiro modelo, a VI e a VE foram inseridas como variáveis independentes e apenas a segunda foi estatisticamente significativa. Este dado reforça a ideia de que a VE se baseia na opinião social e no medo de rejeição e julgamento por parte de outras pessoas. Na alopecia, devido à perda de cabelo, as pessoas podem antecipar uma visão negativa dos outros acerca de si (Kim et al., 2011). A VE está associada ao medo da exposição e diminuição pessoal, perceptível nos momentos em que o indivíduo se torna consciente de si mesmo como um objeto na mente dos outros. No segundo modelo, que explicou 43% da variância dos sintomas depressivos, a autocompaixão foi inserida como variável independente sendo a única preditora significativa. Este dado é particularmente relevante, sugerindo que a autocompaixão pode funcionar como um fator positivo na relação entre a vergonha com a imagem corporal e os sentimentos depressivos na população com alopecia. A autocompaixão, enquanto estratégia de regulação emocional, é vista como uma relação saudável com o próprio, em momentos de sofrimento pessoal, com uma atitude não-julgadora e compreensiva (Gilbert, 2005), podendo contribuir para uma melhor relação interna e conseqüente redução dos sintomas depressivos.

Uma segunda regressão hierárquica foi realizada com os mesmos preditores para compreender o seu impacto desta vez nos sintomas ansiosos. No primeiro modelo, a vergonha com a imagem corporal interna e externa não foram preditores significativos. Porém, no segundo passo, quando inserida a autocompaixão, à semelhança do modelo de regressão anterior para os sintomas depressivos, esta foi a única variável preditora significativa, explicando 14% da variância dos sintomas ansiosos. Estes resultados indicam que a vergonha

relacionada com a imagem corporal não teve um efeito nos sintomas ansiosos. No entanto, a autocompaixão continua a revelar um efeito significativo nos sintomas psicopatológicos, associado a um maior bem-estar psicológico, o que vai ao encontro de estudos anteriores (Sherman et al., 2019). Quando uma pessoa é autocompassiva, torna-se mais propensa a ver as suas falhas e sofrimentos, como uma parte comum da experiência humana, em vez de os internalizar como defeitos pessoais, reduzindo significativamente os sintomas depressivos (Neff, 2011). Pessoas com altos níveis de autocompaixão, tendem a ter uma abordagem mais equilibrada e menos autocrítica em relação às suas próprias dificuldades (Korner et al., 2015).

Um estudo de Queiroz (2018) concluiu que a preocupação com a imagem corporal e a baixa autocompaixão foram associados a um aumento do sofrimento psicológico. Com isto, é possível concluir que maiores níveis de autocompaixão, promovem menores níveis de ansiedade e depressão, atuando como possível variável protetora. Assim, a autocompaixão requer uma atividade metacognitiva que permite o reconhecimento das experiências interativas, quebrando o ciclo da sobreidentificação, diminuindo os sentimentos de isolamento (Castilho et al., 2011). Promove o desenvolvimento da motivação de preocupação com o bem-estar pessoal, adotando em relação ao próprio sofrimento uma postura de sensibilidade e tolerância (Gaspar, 2014). Para Gilbert (2017) as estratégias de autocompaixão relacionam-se com o sistema de segurança, traduzindo-se num estado interno de calma, através de experiências de validação emocional, afeto e confiança. Estes aspetos podem ser particularmente relevantes em pessoas com alopecia, uma vez que estas experienciam sentimentos de vergonha e desconforto com a própria aparência, impactando negativamente o seu bem-estar psicológico. A autocompaixão ajuda na redução de julgamentos pessoais e sociais (Werner et al., 2012) promovendo a capacidade de ser gentil consigo próprio, reconhecendo que todos os seres humanos têm falhas, reduzindo a necessidade de aprovação externa (Kelly et al., 2010).

A este estudo estão associadas algumas limitações. A amostra de participantes com alopecia é reduzida e com baixa representatividade do género masculino, limitando algumas análises de interesse, nomeadamente diferenças de género. Uma amostra maior teria proporcionado maior poder estatístico. De forma a enriquecer os resultados obtidos, estudos futuros devem alcançar um número maior de pessoas que sofrem de alopecia. Para além disto, fazer um estudo transversal, impediu o estabelecimento de relações causa-efeito entre as variáveis em estudos, sugerindo assim que, futuramente, sejam realizados estudos longitudinais. A recolha online foi também considerada uma limitação do estudo, devido ao

baixo controlo de respostas e exclusão à participação de pessoas que não tenham acesso às condições necessárias para poderem responder ao questionário. O facto deste estudo ser constituído apenas por questionários de autorresposta, pode provocar enviesamento nas respostas, afetando a confiabilidade dos resultados. Apesar das limitações apresentadas, estes resultados mostraram-se bastante importantes para a compreensão da vergonha relacionada com a imagem corporal, sintomas depressivos e ansiosos e autocompaixão em pessoas com alopecia. Este estudo insere-se numa área de investigação pouco explorada, fornecendo novas perspetivas e dados valiosos que poderão servir de base para futuras pesquisas e intervenções psicológicas na população com alopecia.

Referências Bibliográficas

- Abideen, F., Valappil, A. T., Mathew, P., Sreenivasan, A., & Sridharan, R. (2018). Quality of life in patients with alopecia areata attending dermatology department in a tertiary care centre - A cross-sectional study. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 28(2), 175–180.
- Breines, J., Toole, A., Tu, C., & Chen, S. (2014). Self-compassion, Body Image, and Self-reported Disordered Eating. *Self and Identity*, 13(4), 432–448. <https://doi.org/10.1080/15298868.2013.838992>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cagnassi, T., Silva, A. P. G. da, Viana, J. M., Silva, F. A. de S., Soares, R. R., & Silva, T. bastos de F. (2023). ALOPECIA E SEUS TRATAMENTOS - REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Saúde Em Foco – Edição Nº 15*, 479–484.
- Camaliente, L. G., Gascón, M. R. P., Oliveira, A. C. de, & Casseb, J. S. do R. (2021). *Frequência de sintomas de ansiedade e depressão, qualidade de vida e percepção da doença em portadores de alopecia areata* Frequency of anxiety and depression symptoms, *Quality of Life and Illness Perception in Alopecia Areata Patients*. 24(2), 48–61.
- Cash, T. F. (1999). The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: A review of the research literature. *British Journal of Dermatology*, 141(3), 398–405. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.03030.x>
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psicologica*, (54), 203–230. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Castilho, P., Gouveia, J. P., & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psicologica*, II(52–II), 331–359. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_14
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Second Edition). In *Analytical Biochemistry* (Vol. 11). Retrieved from <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-59379-1%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-420070-8.00002-7%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.ab.2015.03.024%0Ahttps://doi.org/10.1080/07352689.2018.1441103%0Ahttp://www.chile.bmw-motorrad.cl/sync/showroom/lam/es/>
- Dias, M. R. de O. (2016). *A relação entre a violência filio-parental, a vergonha, a culpa e a ideação suicida: uma realidade silenciosa em crescimento*.

- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2011). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame Journal: *Parasite Immunology*.
- Farias, T. de, & Quirino, L. de M. (2022). *Alopecia areata: uma revisão bibliográfica*. 1–13.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, *14*(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>
- Gaspar, I. (2014). *Autocompaixão e regulação emocional na adolescência*. 62. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27688/1>
- Gerardo, M. M. R. (2021). *O impacto da vergonha externa e da autodeterminação na satisfação com a vida em adolescentes*. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edsrca&AN=rcaap.com.ismt.repositorio.ismt.pt.123456789.1269&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, *70*(2), 113–147. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x>
- Gilbert, P. & B. Andrews (1998) Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture, *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal “social” conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy.” In *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. (pp. 118–150). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., & Miles, J. (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*.
- Gilbert, P. (2003). *Evolution, social rules, and the differences in shame and guilt*.
- Gilbert, P. (2005) Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy, *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. <https://doi.org/10.4324/9780203003459>
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach. In *The self-conscious emotions: Theory and research*. (pp. 283–309). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2010). Compassion focused therapy: A special section. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(2), 95–96. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.95>
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, *49*(4), 563–576. <https://doi.org/10.1348/014466509X479771>

- Gilbert, P. (2017). Compassion as a social mentality: An evolutionary approach. In *Compassion: Concepts, research and applications*. (pp. 31–68). <https://doi.org/10.4324/9781315564296-3>
- Guilherme, E. M. R. (2011). *Vergonha e Solidão na doença mental crônica*. 34.
- Harder, D. W., & Greenwald, D. F. (2000). The psychotherapy of shame-related pathology from an evolutionary perspective. In *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. (pp. 304–329). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Hoffmann, F. S., Zogbi, H., Fleck, P., & Müller, M. C. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia = an integration mind and body in psychodermatology. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 51 – 60. Retrieved from patricia@yahoo.com.br
- Hunt, N., & McHale, S. (2005). Psychological impact of alopecia. *Alopecia: Risk Factors, Treatment and Impact on Quality of Life*, 1–20.
- Hunt, N., & McHale, S. (2005). Reported experiences of persons with alopecia areata. *Journal of Loss and Trauma*, 10(1), 33–50. <https://doi.org/10.1080/15325020490890633>
- Jorge, C. C. (2019). *Universidade De Lisboa Faculdade De Psicologia D(As) Necessidades Do Eu-a Relação Entre a Autocompaixão E a Satisfação Das Necessidades Psicológicas*.
- Kaliyadan, F., Nambiar, A., & Vijayaraghavan, S. (2013). Androgenetic alopecia: An update. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 79(5), 613–625. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.116730>
- Katoulis, A. C., Christodoulou, C., Liakou, A. I., Kouris, A., Korkoliakou, P., Kaloudi, E., Rigopoulos, D. (2014). Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology*, 13(2), 137–141. <https://doi.org/10.1111/ddg.12548>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727–755. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.7.727>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68–96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- Kline, R. B. (1998). Principles and practice of structural equation modeling. In *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS ONE*, 10(10), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136598>

- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Neff, K. (2003). The Relational Compassion Scale: Development and Validation of a new self rated Scale for the Assessment of Self Other Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. (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., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2006). *Self-compassion and adaptive psychological functioning*. (0), 1–23.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Neff, K., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). 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. (2015). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological Well-being. *The Psychology of Passion*, 186–218. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199777600.003.00>
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., ... Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, 17(6), 627–645. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1436587>

- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neves, C. S. (2011). *A relação entre Mindfulness, Auto-Compaixão, Vergonha e Psicopatologia em praticantes e não praticantes de Meditação/Yoga*. 74. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt:8080/jspui/handle/123456789/132>
- Okhovat, J. P., Marks, D. H., Manatis-Lornell, A., Hagigeorges, D., Locascio, J. J., & Senna, M. M. (2019). Association between alopecia areata, anxiety, and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 88(5), 1040–1050. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.086>
- Ozyurtlu, F., & Cetin, N. (2022). Alopecia Universalis after Treatment with Simvastatin and Ezetimibe: Affects on Family. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 119(4), 631–633. <https://doi.org/10.36660/abc.20220187>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo.
- Pinheiro, C. G. (2021). *Disposição para a mudança de alcoólicos em internamento : relação com personalidade , variáveis emocionais (autocompaixão , autocriticismo e vergonha) e sintomatologia psicopatológica* Agradecimentos.
- Pisitsungkagarn, K., Taephant, N., & Attasaranya, P. (2014). Body image satisfaction and self-esteem in Thai female adolescents: The moderating role of self-compassion. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3), 333–338. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0307>
- Porpeta, J., Gonsalves, G., Miyake, L. H., & Bueno, S. (2023). *psoríase e seu aspeto psicológico*.
- Prado, R. B. R., & Neme, C. M. B. (2008). Experiências afetivo-familiares de mulheres com alopecia areata. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 487–497. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2008000400003>
- Queiroz, R. S. de. (2018). *Depressão em decorrência dos efeitos do tratamento do câncer de mama e a imagem corporal da mulher : uma revisão sistemática* Rodrigo Silva de Queiroz.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757–761. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>
- Raposo, C., Carvalho, C. B., Sousa, M., & Caldeira, S. N. (2015). Keep calm enfrenta a vergonha – contributos para um programa de competências sócio-emocionais. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, (01), 058–062. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.0>

- Rasouliisini, M., Amirfakhraei, A., & ... (2019). Self-Criticism and Self-Compassion among Patients with Autoimmune, Non-autoimmune Disorders and Healthy Individuals in Bandar Abbas. *International ...*, 8(2), 1–13.
- Reeve, J. (2010). *Motivación de crecimiento y psicología positiva*. Motivación y emoción.
- Reis, P. F. M. (2023). *Minoxidil no tratamento da alopecia androgenética*. 5, 1–12. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/20118>
- Ribeiro, L. M. G. (2016). *Fisiopatologia da Alopecia Areata*.
- Rocheta, A. S. L. (2021). *A Relação entre a Autocompaixão, o Autoestigma da Depressão e o Evitamento Cognitivo-Comportamental em Adultos com Sintomatologia Depressiva*. 1–84.
- Silva, C. R. dos S. (2023). *Autocompaixão e Imagem Corporal em Pacientes com Vitiligo*.
- Sherman, K. A., Roper, T., & Kilby, C. J. (2019). Enhancing self-compassion in individuals with visible skin conditions: randomised pilot of the ‘My Changed Body’ self-compassion writing intervention. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 7(1), 62–77. <https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1587298>
- Stapleton, P., Crichton, G. J., Carter, B., & Pidgeon, A. (2017). Self-esteem and body image in females: The mediating role of self-compassion and appearance contingent self-worth. *Humanistic Psychologist*, 45(3), 238–257. <https://doi.org/10.1037/hum0000059>
- Stough, D., Stenn, K., Haber, R., Parsley, W. M., Vogel, J. E., Whiting, D. A., & Washenik, K. (2005). Psychological effect, pathophysiology, and management of androgenetic alopecia in men. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(10), 1316–1322. <https://doi.org/10.4065/80.10.1316>
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are Shame, Guilt, and Embarrassment Distinct Emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1256–1269. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1256>
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress and Coping*, 25(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024>
- Yazigi, L., Andreoli, S. B., & Godinho, S. M. (2009). Estudo do manejo do estresse em pacientes acometidos por alopecia areata. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 93–99. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100012>