



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

FATORES DETERMINANTES NO AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO AO  
DESEFIGURAMENTO FACIAL ADQUIRIDO: IMPORTÂNCIA DA  
AUTORREGULAÇÃO, REPRESENTAÇÃO COGNITIVA, EMOÇÕES E  
AUTOCONCEITO

**José Carlos da Silva Mendes**

Tese orientada por Professora Doutora Maria João Figueiras (PIAGET-Almada) e coorientada  
por Professor Doutor Timothy Peter Moss (University of the West of England)

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutoramento em Psicologia

Área de especialidade Psicologia da Saúde

2017

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, na área de especialização Psicologia da Saúde, realizada sob orientação de Professora Doutora Maria João Figueiras e coorientação do Professor Doutor Timothy Peter Moss, apresentada no ISPA-Instituto Universitário no ano de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria João Figueiras, pela aceitação na orientação de um estudo pioneiro em Portugal, contribuindo com a partilha de conhecimento, constante disponibilidade, apoio incondicional e pela incansável crítica construtiva no desenvolvimento da presente investigação. A sua orientação permitiu uma aprendizagem e um crescimento pessoal e profissional.

Ao Professor Doutor Timothy Peter Moss, pela disponibilidade perante as inúmeras questões sobre um tema inovador em Portugal (Psicologia da Aparência). O seu contributo e apoio reforçaram a minha capacidade na investigação científica, permitindo traçar novos e futuros projetos para a contribuição de uma nova abordagem da Psicologia em Portugal, a Psicologia da Aparência.

À Professora Doutora Nichola Rumsey, Professora Doutora Diana Harcourt, Professor Doutor James Partridge, Professora Doutora Elizabeth Jenkinson, e equipa multidisciplinar CAR (Center Appearance Research), que em encontros científicos internacionais, mencionaram palavras de incentivo e apoio neste estudo.

Ao Professor Doutor Manuel Caneira e Enfermeira Chefe Isabel Nobre, da Unidade Cirurgia Plástica e Reconstructiva do Hospital de Santa Maria, pela disponibilidade e apoio na recolha de dados.

À Professora Doutora Helena Moreira, pela autorização da realização dos estudos psicométricos da versão portuguesa do instrumento DAS-24.

À Professora Doutora Margarida Rebelo, pelo apoio na elaboração dos modelos de mediação.

Ao Hospital de Santa Maria em Lisboa (Centro Hospitalar Lisboa Norte) pela cedência de elevada autonomia na abordagem aos participantes na presente investigação.

Aos AMIGOS: Vera Pereira, Raquel Branco, Magali Miranda, Filomena Simões, Rita, João Soares, Ruben Costa, Durval Alcaidinho pelo constante apoio.

Ao Doutor Rui Rego pelo apoio e revisão na tradução dos artigos em inglês.

Aos participantes neste estudo, pelo interesse e disponibilidade, sem estes, não teria sido possível a realização da presente investigação.

**A TODOS OS MEUS PROFUNDOS E HUMILDES AGRADECIMENTOS!**



**Palavras-Chave:** Desfiguramento Facial Adquirido; Personalidade; Afeto Positivo e Negativo; Autoconceito; Otimismo; Satisfação Suporte Social; Investimento Esquemático da Aparência; Autoconsciência da Aparência

**Key Words:** Acquired Facial Disfigurement; Personality, Positive and Negative Affect, Self-Concept; Optimism; Social Support; Schematic Investment of Appearance and Self-Consciousness of Appearance

**Categorias de Classificação de tese:**

**2200 Psychometrics & Statistics & Methodology**

2223 Personality Scales & Inventories

2226 Health Psychology Testing

**3300 Health & Mental Health Treatment & Prevention**

3311 Cognitive Therapy

3312 Behavior Therapy & Behavior Modification

3350 Specialized Interventions

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness



## RESUMO

A face desempenha um importante papel no quotidiano de todos os indivíduos, e a presença de um desfiguramento facial (diferenças visíveis na face), pode encaminhar o indivíduo a comportamentos de evitamento social, sofrer de ansiedade, depressão, vergonha, raiva, humilhação e isolamento. Apesar de o desfiguramento facial adquirido ter sido alvo de várias investigações na última década, são desconhecidos estudos realizados em Portugal.

Pretendeu-se com este estudo, contextualizar o desenvolvimento do desfiguramento facial adquirido causado por doença (cancro cabeça e pescoço) ou originado pelo trauma (queimados, agressão, outros), apontando as teorias e modelos com maior contributo na avaliação e intervenção em indivíduos com diferenças visíveis na face. Foi ainda objetivo deste estudo, apresentar as propriedades psicométricas da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24), considerado um instrumento de elevada pertinência na avaliação do sofrimento e dificuldades sentidas com a aparência. Por fim, pretendeu-se compreender a possível influência dos traços de personalidade no investimento esquemático e autoconsciência da aparência em indivíduos sem diferenças visíveis e por último, investigar e contribuir para uma melhor compreensão do ajustamento às diferenças visíveis na face, considerando as características da personalidade (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade, conscienciosidade, afeto negativo/positivo e otimismo); autoconceito; perceção da satisfação com o suporte social; investimento esquemático e autoconsciência da aparência.

Uma amostra de 508 participantes com idades compreendidas entre os 17 e 89 anos, preencheram um questionário para recolha de informação sociodemográfica, investimento esquemático e autoconsciência da aparência, permitindo apresentar a DAS-24 como uma escala psicometricamente robusta na avaliação da autoconsciência da aparência. Uma amostra de 214 participantes, com idades compreendidas entre os 17 e 64 anos, responderam a um questionário para recolha de informação sociodemográfica, dimensões da personalidade, investimento esquemático e autoconsciência da aparência. Por último, uma amostra de 67 participantes sujeitos a uma intervenção cirúrgica na face, responderam a um questionário para recolha de informação sociodemográfica; características da personalidade; perceção com o suporte social; autoconceito; investimento esquemático e autoconsciência da aparência, em dois momentos distintos de avaliação (durante o internamento e 12 meses após a cirurgia).

Os resultados apresentam uma relação entre as características da personalidade e o investimento esquemático e a autoconsciência da aparência, quer na amostra clínica como na não clínica, onde a autoconsciência da aparência se expressa como um atributo relevante no

ajustamento ao desfiguramento facial. Considera-se ainda que o autoconceito sofre também uma alteração por influência das crenças relacionadas com as preocupações com a aparência.

Observou-se que a autoconsciência da aparência é influenciada por diversas variáveis, onde o indivíduo perante as diferenças visíveis na face regula os seus pensamentos e emoções. Salienta-se que o otimismo tem um efeito direto sobre a autoconsciência da aparência quando surgem as diferenças visíveis, sendo esse efeito direto substituído pelo afeto negativo ao longo do tempo.

Esta investigação permitiu concluir que as características da personalidade; alteração do autoconceito e a regulação dos afetos, influenciam o investimento esquemático e autoconsciência da aparência, confirmando-se a complexidade e a diversidade de fatores que influenciam o ajustamento psicológico ao desfiguramento facial.

## **ABSTRACT**

The face plays an important role in the daily life of all individuals, and the presence of facial disfiguration (visible differences to the face), can lead to social avoidance behaviours, anxiety, depression, shame, anger, humiliation and isolation. Although the acquired facial disfigurement has been the subject of several investigations in the last decade, studies in Portugal are unknown.

The aim of this study was to contextualize the development of acquired facial disfigurement caused by disease (head and neck cancer) or trauma (burns, aggression, others), pointing out the theories and models with the greatest contribution in the evaluation and intervention in individuals with visible differences to their face. It was also the objective of this study to present the psychometric properties of the Portuguese version of the Derriford Appearance Scale (DAS-24), considered an instrument of high pertinence in the evaluation of the suffering and difficulties experienced with their appearance. Finally, we proposed to understand the possible influence of personality traits on the schematic investment and self-consciousness of appearance in individuals with no visible differences, and finally, to investigate and contribute to a better understanding of the adjustment to visible differences on the face, considering personality characteristics (neuroticism, extraversion, openness, agreeableness, conscientiousness, negative/positive affect and optimism); self-concept; perception of satisfaction with social support; schematic investment and appearance self-consciousness.

A sample of 508 participants, aged between 17 and 89, completed a questionnaire that collected socio-demographic information, schematic investment and self-consciousness of appearance. The DAS-24 was a psychometrically robust scale in the evaluation of self-consciousness of appearance. A sample of 214 participants, aged between 17 and 64, answered a questionnaire to collect sociodemographic information, personality traits, schematic investment and self-consciousness of appearance. Finally, a sample of 67 participants who underwent a surgical intervention to their face, answered a questionnaire for the collection of sociodemographic information; personality characteristics; perception with social support; self-concept; schematic investment and self-consciousness of appearance, at two different moments of evaluation (post-surgical and 12 months after).

The results show a relationship between personality characteristics and schematic investment and self-consciousness of appearance, on both samples (clinical and non-clinical), where self-consciousness of appearance is expressed as a relevant attribute in the adjustment to facial disfigurement. It is also considered that the self-concept also undergoes an alteration by the influence of the beliefs related to the concerns with the appearance.

It has been observed that the self-consciousness of appearance is influenced by several variables, where the individual confronted with their differences tend to regulate their thoughts and emotions. It is emphasized that optimism has a direct effect on the self-consciousness of appearance when visible differences arise, and this direct effect is replaced by negative affect over time.

This study, concludes that characteristics of the personality; alteration of self-concept, and regulation of affect, influence schematic investment and self-consciousness of appearance, confirming the complexity and diversity of factors that influence psychological adjustment to facial disfigurement.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
ESTADO DA ARTE .....	13
DESFIGURAMENTO FACIAL ADQUIRIDO, AUTORREGULAÇÃO, REPRESENTAÇÃO COGNITIVA, EMOÇÕES E AUTOCONCEITO .....	15
1.    DESFIGURAMENTO FACIAL ADQUIRIDO .....	16
1.1. <i>Problemas Psicológicos</i> .....	17
1.2. <i>Problemas Psicossociais</i> .....	17
1.3. <i>Avaliação</i> .....	19
1.4. <i>Intervenção</i> .....	20
1.4.1.    Intervenção médico-cirúrgica .....	20
1.4.2.    Intervenção Psicológica.....	21
2.    REPRESENTAÇÃO COGNITIVA, AUTORREGULAÇÃO, EMOÇÕES E AUTOCONCEITO .....	22
ESTUDO EMPÍRICO .....	45
ARTIGO I. DESFIGURAMENTO FACIAL ADQUIRIDO: BREVE REVISÃO NARRATIVA ...	45
ARTIGO II. FACIAL DISFIGUREMENT - A MULTIDIMENSIONAL APPROACH: THEORY AND MODELS .....	67
ARTIGO III. ANÁLISE FATORIAL DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA APARÊNCIA DE DERRIFORD (DAS-24) .....	80
ARTIGO IV. INFLUENCE OF PERSONALITY TRAITS IN SELF-EVALUATIVE SALIENCE, MOTIVATIONAL SALIENCE AND SELF-CONSCIOUSNESS OF APPEARANCE.....	96
ARTIGO V. PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO ACQUIRED FACIAL DISFIGUREMENT: PERSONALITY CHARACTERISTICS, SELF-CONCEPT AND SATISFACTION WITH SOCIAL SUPPORT - LONGITUDINAL STUDY.....	111
DISCUSSÃO GERAL DA INVESTIGAÇÃO.....	131
REFERÊNCIAS .....	142
ANEXOS.....	149



## **Lista de Tabelas por Artigo**

### **Artigo I**

**Quadro 1** - Características psicométricas do ASI-R original e ASI-R versão portuguesa

### **Artigo II**

**Table 1** – Advanced Research following the Boolean method in the EBSCO, Web of Knowledge, PubMed and Web of Science databases)

**Table 2** - Chronological main results for the Disfigurement Research (Theory, Model and Frameworks

### **Artigo III**

**Tabela 1** - Caraterização da Amostra

**Tabela 2** - Correlação entre a DAS-24 e as Dimensões da ASI-R

**Tabela 3** - Comparação das Correlações do Item-Total da DAS-24 Versão Portuguesa e Item-Total da DAS-24 Versão Original

**Tabela 4** - Diferenças em Relação à DAS-24 Entre os Diferentes Grupos de Idade

**Tabela 5** - Diferenças em Relação à DAS-24 entre Participantes do Sexo Masculino e Feminino

#### **Artigo IV**

**Table 1** - Characterization of Participants (N = 214)

**Table 2** - Bivariate Correlations Between Age, Big Five Personality Factors, Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience.

**Table 3** - Multiple Linear Regressions with Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience as the Dependent Variables

**Table 4** - Differences in Relation to Variables Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience, Between Participants with Different Sexual Orientations

**Table 5** - Tuckey's HDS Test (95% CI)

**Table 6** - Concern Levels with the Appearance - Tuckey's HSD Test (95% CI)

#### **Artigo V**

**Table 1** - Characterization of the participants (N=67)

**Table 2** - Variable Averages evaluated during the admittance *versus* 12-months after the surgery.

**Table 3** - Bivariate correlations between Age, Big Five Personality traits, Optimism, Positive and Negative Affect, Self-Concept, Social Support Satisfaction, Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience.

**Table 4** - Multiple Linear Regression with Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience as the dependent variables.

## Lista de Figuras por Artigo

### Artigo III

**Figura 1.** Modelo Modificado de Análise Fatorial Confirmatória da DAS-24 ( $\chi^2_{\text{gl}}=2,467$ ; CFI=0,93; GFI = 0,91; RMSEA=0,054; N=508).

### Artigo V

**Figure 1.** Model of the measurement of the Schematic Investment of Appearance over the levels of Self-Consciousness of Appearance. With the exception of the trajectories Optimism→Schematic Investment of Appearance and Negative Affect→Self-Consciousness of Appearance.

**Figure 2.** Model of the measurement of the Schematic Investment of Appearance over the levels of Self-Consciousness of Appearance. With the exception of the trajectories Optimism→Schematic Investment of Appearance and Optimism→Self-Consciousness of Appearance.

## Lista de Anexos

<b>ANEXO A</b> - ESTUDOS QUE ABORDAM AS VÁRIAS DIMENSÕES DO <i>SELF</i> NO DISFIGURAMENTO .....	149
<b>ANEXO B</b> - NEO-FIVE FACTOR INVENTORY.....	150
<b>ANEXO C</b> - POSITIVE AFFECT AND NEGATIVE AFFECT.....	153
<b>ANEXO D</b> - TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA - REVISTO.....	154
<b>ANEXO E</b> - INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTOCONCEITO .....	155
<b>ANEXO F</b> - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL .....	157
<b>ANEXO G</b> - DERRIFORD APPEARANCE SCALE -SHORT .....	159
<b>ANEXO H</b> - APPEARANCE SCHEMAS INVENTORY-REVISED .....	162
<b>ANEXO I</b> - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....	165
<b>ANEXO J</b> - CONSENTIMENTO INFORMADO.....	167
<b>ANEXO K</b> - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE .....	168
<b>ANEXO L</b> - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL PROTEÇÃO DE DADOS.....	170
<b>ANEXO M</b> - TABELAS RESUMIDAS DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS DOS DADOS.....	171
<b>ANEXO N</b> - OUTPUTS DE ESTATÍSTICA (EM CD) .....	191

## INTRODUÇÃO

A pertinência do presente trabalho de investigação surge no decurso de um estágio realizado na Unidade Cirurgia Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil (IPOLFG), onde algumas das questões de investigação foram colocadas pelos próprios utentes, unindo-se à inspiração da leitura do livro *“Changing Faces – the challenge of facial disfigurement”* de James Partridge (2003).

Após 10 anos da minha primeira avaliação e intervenção com utentes do IPOLFG com diferenças visíveis na face, recordo hoje cada sessão, com elevada fonte de aprendizagem pessoal e profissional. Dou o exemplo, da utente SB, sexo feminino, 22 anos de idade, natural de Moçambique, que apresentava um carcinoma na hemiface à esquerda com cerca de 15 cm de diâmetro. Uma profunda anamnese, permitiu recolher informação fundamental para posterior “avaliação e intervenção”.

A diferença visível (tumor facial) era escondida através de um lenço envolto na cabeça, adicionando-se uma “pequena” característica da utente... o albinismo. A primeira questão surge após as primeiras sessões, sentindo a necessidade de compreender se a utente se aceitava a si mesma, pelo fato de ser diferente de toda a família e maioria da sociedade que a rodeava (raça negra). A resposta fora positiva, tendo mencionado que apesar de todas as controvérsias passadas dentro da sua cultura (discriminação, olhares, mitos negativos, “atos de bruxaria”, entre outros), aceitava a sua condição de ser “branca”, com uma pequena observação: “... *não gosto de me olhar ao espelho*” (sic).

Inúmeros desafios surgiram no atendimento a outros utentes acompanhados na unidade cirurgia cabeça e pescoço (traqueotomias, excertos, ausência de algumas partes da face, “pequenas” e “grandes” cicatrizes), tendo presenciado elevadas preocupações com a aparência em indivíduos com pequenas diferenças visíveis na face (por exemplo, pequena cicatriz por baixo do maxilar) e baixos níveis de preocupação em indivíduos com desfiguramento (ausência total de algumas partes da face, por exemplo, ausência de todo o maxilar inferior e superior). No entanto, esta utente em particular, permitiu a oportunidade de um acompanhamento (avaliação e intervenção) antes e depois da cirurgia. Apesar de já existir uma diferença visível (o albinismo, algumas metáteses na pele e a existência de uma grande saliência externa devido ao tumor), previa-se que após a cirurgia (remoção do tumor) a sua face ficasse “gravemente” afetada (*“grande deformação da face ou um desfiguramento severo”*).

Uma avaliação e intervenção multidisciplinar (médicos, cirurgiões, assistente social, auxiliares de ação médica, enfermeiros, psiquiatra, psicólogo e outros), permitiu a sobrevivência da

utente à cirurgia, e permitiu uma “aceitação” da sua nova “identidade”. A remoção do tumor possibilitou a esta utente uma nova “identidade” ou poder-se-ia questionar: descobrirá esta utente a sua verdadeira “identidade”?

Após várias sessões terapêuticas (conciliação de métodos e abordagens distintos), a utente encontrara o seu verdadeiro *Self*. Após a intervenção (cerca de 35 sessões), a utente assumira para si mesma a não aceitação do albinismo e só agora estaria a conhecer-se, a desenvolver o seu “verdadeiro” autoconceito, “*sinto que estive adormecida todos estes anos... agora sinto uma forte necessidade de me olhar ao espelho*” (sic).

Não existe uma teoria única que descreva a compreensão sobre a imagem corporal, no entanto, a avaliação da imagem corporal refere-se à satisfação ou insatisfação com o corpo, incluindo a avaliação das crenças sobre o corpo (Cash & Pruzinsky, 2004). Muitas questões se colocaram sobre a melhor forma de avaliar e intervir com todos os utentes da unidade cirurgia cabeça e pescoço, persistindo ao longo do estágio alguma dificuldade na supervisão para a maioria dos casos. O desconhecimento das melhores estratégias de avaliação e intervenção quando a presença de um desfiguramento facial adquirido era uma realidade em Portugal. Assim, claramente se sentiu a necessidade de contactar profissionais/investigadores internacionais no intuito de uma orientação focada para o desfiguramento facial adquirido, surgindo assim a pertinência de explorar o ajustamento psicológico ao desfiguramento facial adquirido numa amostra da população portuguesa, de forma a contribuir para a investigação e intervenção no quotidiano profissional dos psicólogos clínicos e da saúde, pois o impacto psicossocial das diferenças visíveis é ainda desconhecido da maioria dos profissionais, independentemente da sua especialidade (Harcourt et al., In press).

Desde 2010, que Partridge defende a existência de uma conotação negativa associada à palavra desfiguramento, sugerindo a adoção de palavras como “*visivelmente diferente*” ou “*aparência pouco usual*” para descrever marcas, cicatrizes, entre outros. Desde então, a comunidade científica tem vindo a dar maior relevância ao termo “diferenças visíveis” para descrever o desfiguramento (adquirido ou congénito), devido à palavra desfiguramento ter um impacto emocional negativo associado (Henry, 2011).

A imagem corporal tem um papel fundamental na qualidade de vida do indivíduo. A insatisfação com a imagem corporal não é incomum, e pode prejudicar o funcionamento psicossocial e qualidade de vida do indivíduo (Cash, Morrow, Hrabosky, & Perry, 2004). Partridge (2003) defende que perante uma alteração da imagem corporal (diferenças visíveis na face) o indivíduo sofre uma alteração da sua identidade. Cash (2004) defende que a imagem corporal se

desenvolve através das experiências pessoais, características físicas, cultura e atributos da personalidade.

A literatura enfatiza o desenvolvimento cognitivo, emocional e físico; a cultura social, as experiências interpessoais e os atributos de personalidade como de elevada importância para a formação da imagem corporal. O investimento e a avaliação são considerados como atributos centrais no desenvolvimento da imagem corporal, tendo como auxiliares o diálogo interno (pensamentos, interpretações e conclusões); o processamento de esquemas da aparência; as emoções; a adaptação e as estratégias de autorregulação, onde um autoconceito positivo pode facilitar o desenvolvimento de uma avaliação do próprio corpo, sendo um amortecedor contra eventos que ameaçam a imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2004).

O desfiguramento facial e as disfunções associadas com a cirurgia da cabeça e pescoço, predisõem estes indivíduos a necessidades psicológicas e psicossociais específicas, onde o tratamento cirúrgico não afeta somente a aparência do indivíduo, mas a forma como estes se apresentam/percebem perante os outros (Dropkin, 1999, De Sousa, 2010).

Adsett (1963) no seu trabalho sobre as reações emocionais no desfiguramento causado pelo cancro, refere que o desfiguramento pode ser um grande fator de stress e variar consoante a descrição do tipo de desfiguramento (mastectomia, colostomia, amputação de um membro, histerectomia e desfiguramento facial). Recentemente, um estudo de Alves (2016) refere que as emoções são manifestadas pelas expressões faciais, existindo variáveis moderadoras (deformação facial, personalidade, fisiologia, outros) que produzem variações e alterações no processo de identificação e reconhecimento emocional. Esta autora menciona ainda que *“a emoção desempenha um papel crucial no desenvolvimento neurológico, comportamental, social e psicológico dos indivíduos”* (Alves, 2016, p. 195).

O cancro é uma das causas de diferenças visíveis na face e tem vindo a ser descrito como gerador de grande ansiedade (Blanco, Antequera & Aires, 2002; De Sousa, 2010), podendo desenvolver-se de forma lenta e silenciosa, com o surgimento de metástases noutras partes do corpo (Santos, 2006). As consequências podem promover o estigma devido a uma elevada diminuição da atratividade, causado pela eventual perda de peso, alopecia, anorexia, fraqueza, náuseas e desfiguramento (Santos, 2006; Dias & Durá, 2002; Holland & Rowland, 1990). Estes autores alertam para o impacto que o cancro tem em muitos aspetos da vida do indivíduo, colocando-se muitas vezes a ocorrência de um tipo de crise existencial. Breitbart e Holland (1990) defendem a importância das questões psicossociais no desfiguramento facial, devido à relevância

que esta área desempenha na interação social e expressão emocional, tendo um elevado impacto na autoestima e autoconfiança do indivíduo.

Torna-se menos fácil compreender um desfiguramento causado pelo cancro, uma vez que, além do estigma associado à doença (Santos, 2006; Dias & Durá, 2002; Holland & Rowland, 1990), deve considerar-se a carga emocional associada ao órgão e à sua função, tornando-se difícil de prever como irá reagir o indivíduo psicologicamente após a cirurgia à face (Adsett, 1963). Um estudo de caso mencionado por Die-Trill e Straker (1992), refere que além da maior preocupação do indivíduo incluir o medo de uma recidiva, existiam muitas questões em torno do possível desfiguramento facial após a cirurgia.

O rosto é inequivocamente a característica anatômica mais importante do corpo humano (Soni et. al. 2010), contudo, não há uma relação linear simples entre o grau de deformação e o grau de sofrimento experienciado. Os fatores que influenciam a capacidade do indivíduo lidar com a sua condição descrevem-se pelo significado social das diferenças visíveis, história de vida, história social, apoio familiar e o estágio de desenvolvimento (Bradbury, 2011). Moss (2005) refere que as implicações sociais podem influenciar a perceção de não ter gravidade, ter gravidade moderada ou ter gravidade severa. Quanto mais as diferenças visíveis se centrarem no triângulo facial (olhos e boca), mais visível é a observação por parte dos outros (Bradbury, 2011). Jackson (2004) definiu a face como a parte mais relevante do corpo por ser a fonte de informação durante uma interação social, ser mais estável que a aparência corporal e porque a classificação social da atratividade em geral, foi determinada em grande parte pela atratividade facial (Alves, 2016).

Embora os indivíduos não possam alterar as respostas da sociedade, podem alterar a forma como respondem perante as atitudes/comportamentos sociais (Bradbury, 2011), existindo a necessidade de compreender os fatores que influenciam o ajustamento às diferenças visíveis na face de forma a melhorar a intervenção. A forma como a informação é organizada permite ao indivíduo um bom ou mau ajustamento à sua aparência, isto é, o grau de gravidade (moderado ou grave) vai depender do processamento cognitivo que o indivíduo faz, por exemplo, da sua rede social (Moss, 2005). Moss e Bessel (2007) demonstraram numa revisão bibliográfica a pouca eficácia clínica das intervenções, sugerindo maior investigação.

A maioria dos indivíduos com diferenças visíveis, apresentam elevados níveis de angústia, descrevendo problemas como as interações sociais, a exposição do “*desfiguramento*” e a estigmatização; exprimindo também um forte desejo de ter um profissional de saúde para lidar com as preocupações relacionadas com a aparência (Rumsey, Clarke, White, Wyn-Williams & Garlick, 2004). Estudos realizados por Freitas e Gómez (2008) descrevem que o impacto da condição facial,

se relaciona mais com fatores individuais do que com uma avaliação clínica, apontando que os indivíduos com uma avaliação mais negativa da sua aparência, apresentam um maior prejuízo nas atividades sociais e profissionais. No entanto, Bradbury (2011) defende no seu estudo não existir uma relação linear entre o grau de deformação e o grau de sofrimento, havendo a necessidade de identificar estratégias cognitivas disfuncionais (negação, evitação, projeção) e desenvolver estratégias úteis de forma a auxiliar os processos de adaptação e autoaceitação.

Elks (1990) menciona a existência de uma característica necessária e suficiente para definir o desfiguramento facial, nomeadamente a reação negativa do próprio indivíduo e dos outros, para uma ou um conjunto de características faciais. Este autor defende que sem esta reação negativa, um desvio facial é simplesmente uma diferença visível e não um desfiguramento. Por sua vez, Rumsey e Harcourt (2004, 2005) defendem que o desfiguramento é marcado pela diferença de uma norma culturalmente definida e que é visível para os outros.

MacGregor (cit. Elks, 1990, p.37) apresenta quatro graus de desfiguramento facial: desfiguramento leve (um desvio suave que não atrai atenção, contudo pode ser fonte de distress para alguns indivíduos); desfiguramento moderado (notável, pode suscitar observações, olhares, questões, sem reações violentas); desfiguramento evidente ou acentuado (perfeitamente visível provocando reações fortes nos outros, repulsa, curiosidade, pena, evitamento, piadas, e outros) e desfiguramento total (definitivamente chocante e repelente para os outros, evoca reações violentas de horror, repulsa e pena), sendo estes graus de desfiguramento influenciados pela importância atribuída à face.

O presente estudo é pioneiro em Portugal e pretende ser um contributo relevante para uma área de intervenção psicológica, com especificidades para a compreensão da experiência do desfiguramento facial adquirido. Neste sentido, tem como objetivo geral investigar quais são os preditores cognitivo-sociais do ajustamento psicológico ao desfiguramento facial numa amostra de indivíduos que por trauma ou doença apresentam diferenças visíveis na face. A escassez de estudos nesta área e especificamente a ausência de estudos no contexto português motivou esta investigação, que incluiu a necessidade de rever conceitos teóricos e estudos de referência antigos, mas considerados relevantes para o enquadramento teórico do presente estudo. Assim, são apresentados os argumentos científicos que suportam esta proposta de investigação e que incluem (1) uma introdução; (2) uma revisão sobre o estado de arte; o (3) trabalho empírico desenvolvido em diferentes artigos sobre o tema e (4) uma discussão sobre os resultados e contributos desta investigação para a abordagem psicológica do desfiguramento facial adquirido.

Esta breve introdução, permite-nos compreender a importância de aprofundar o conhecimento sobre os fatores/variáveis que influenciam a satisfação e insatisfação com a aparência. Seguidamente, tentaremos apresentar ao leitor, como os indivíduos com diferenças visíveis na face moderam o seu comportamento perante uma alteração da sua imagem corporal centrada na face, a importância das cognições, emoções, autoconceito e características da personalidade no Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência.

Um breve resumo sobre cada um dos artigos desenvolvidos encontra-se abaixo:

### ***Artigo I - Desfiguramento Facial Adquirido: Breve Revisão Narrativa***

Pretende-se com este trabalho, apresentar uma breve contextualização que descreva o desenvolvimento de conceitos sobre o desfiguramento facial adquirido, causado pela doença (cancro cabeça e pescoço) ou originado pelo trauma (queimados, agressão, outros). Recorrendo a literatura publicada em livros e artigos científicos, procuramos fazer referência a instrumentos validados para a população portuguesa, que permitam avaliar o investimento esquemático da imagem corporal (ASI-R) e avaliar a autoconsciência da aparência (DAS-24). No desenvolvimento deste trabalho, apresentamos também as necessidades e questões psicossociais e psicológicas mais comuns, o tipo de intervenção, a importância do apoio social e quais as estratégias de coping mais frequentes no ajustamento ao desfiguramento facial adquirido.

### ***Artigo II - Facial Disfigurement - a multidimensional approach: Theory and Models***

Este trabalho teve como objetivo a realização de uma revisão sistemática da literatura, no intuito de compreender quais as Teorias e Modelos mais utilizadas na investigação sobre o desfiguramento facial. Apresentam-se várias abordagens à compreensão da complexidade na avaliação e intervenção com o desfiguramento facial, que entre uma abordagem social, psicanalítica, cognitiva, biomédica e psicossocial, a abordagem cognitiva-comportamental, tem sido a teoria, modelo e estrutura mais utilizada na investigação e intervenção com indivíduos que apresentam um desfiguramento facial. A teoria fundamentada (Grounded Theory), tem revelado um importante papel na avaliação qualitativa, permitindo enfatizar pensamentos e comportamentos intra-individuais e sociais.

### ***Artigo III - Análise Fatorial da Versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24)***

Sendo desconhecida, a validade e fiabilidade da Derriford Appearance Scale adaptada para a população portuguesa, este trabalho teve como objetivo aferir as qualidades psicométricas da escala numa amostra Portuguesa. No presente estudo, conduziu-se uma análise de componentes principais em 24 itens, que os autores Carr, Moss e Harris (2005) consideraram ser de maior relevância para a avaliação geral da autoconsciência do indivíduo. Verificaram-se as qualidades psicométricas da escala DAS-24, idênticas à escala original ( $\alpha=.91$  vs  $\alpha=.92$ ). Com o presente estudo pode aferir-se que a cultura pode ter influência nos itens que avaliam a interação/exposição social.

### ***Artigo IV - Influence of Personality Traits in Self-Evaluative Salience, Motivational Salience and Self-Consciousness of Appearance***

Sendo desconhecidos estudos realizados em Portugal sobre a possível influência dos traços de personalidade no investimento esquemático e autoconsciência da aparência, a proposta deste estudo é compreender a possível influência dos traços de personalidade na importância e significado da perceção da imagem corporal e autoconsciência da aparência numa amostra portuguesa não clínica. Para a avaliação das dimensões da personalidade utilizou-se o NEO-FFI (60 itens); o investimento esquemático da aparência foi avaliado pelo ASI-R e a autoconsciência da aparência avaliada pela DAS-24. O presente estudo, evidenciou que os traços de personalidade (neuroticismo e amabilidade) apresentam uma relação com o investimento esquemático e autoconsciência da aparência.

### ***Artigo V - Psychological Adjustment to Acquired Facial Disfigurement: personality characteristics, self-concept and satisfaction with Social Support - longitudinal study***

A literatura faz referência a inúmeros fatores que influenciam o ajustamento psicológico ao desfiguramento facial adquirido. O presente trabalho tem como objetivo apresentar os resultados de um estudo longitudinal entre dois momentos de avaliação, em indivíduos submetidos a cirurgia plástica/reconstrutiva. Pretende-se com este estudo, analisar possíveis preditores, relações e mediações entre variáveis independentes (traços de personalidade, autoconceito, afeto positivo e negativo, otimismo, suporte social) e variáveis dependentes (investimento esquemático e autoconsciência da aparência). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os

momentos de avaliação (2/4 dias após a cirurgia e 12 meses); as características da personalidade aparecem como variáveis preditores do Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência e o Otimismo e o Afeto Negativo apresentam efeitos diferentes sobre a Autoconsciência da Aparência em ambas as avaliações.

### Referências

- Adsett, A. (1963). Emotional Reactions to Disfigurement from Cancer Therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 89, 385-391. doi: 10.1001/jama.1963.03710010147111
- Alves, D. (2016). *Transplante da Face: Impacto na Análise da Expressão Facial da Emoção*. Santo Tirso: Idioteque Communication Group
- Bessel, A. & Moss, T. (2007). Evaluation the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: a systematic review of the empirical literature. *Body Image*, 4, 227-238. doi:10.1016/j.bodyim.2007.04.005
- Bessel, A.; Clarke, A.; Harcourt, D.; Moss, T. & Rumsey, N. (2010). Incorporating User Perspectives in the Design of an Online Intervention Tool for People with Visible Differences: Face IT. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 577-596. doi:10.1017/S1352465810000305
- Blanco, A., Antequera, R., & Aires, M. (2002). Percepción subjetiva del cáncer. In M.R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp.605-637). Lisboa: Climepsi Editores
- Bradbury, E. (2011). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50, 1-4. doi:10.106/j.bjoms.2010.11.022
- Breitbart, W. & Holland, J. (1990). Head and Neck Cancer. In J. Holland & J. Rowland (Eds.). *Handbook of Psychology: Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp.232-239). New York: Oxford University Press
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem* (2<sup>nd</sup> ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carr, T., Harris, D. & James, C. (2000). The Derriford Appearance Scale (DAS-59): A new scale to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology*, 5, 201-215. doi: 10.1348/135910700168865

- Cash, T. & Pruzinsky, T. (2004). *The Body Image – A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press
- Cash, T., Morrow, J., Hrabosky, J., & Perry, A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1081-1089. doi: 10.1037/0022-006X.72.6.1081
- Csukly, G.; Telek, R.; Filipovits, D.; Takács, B.; Unoka, Z. & Simon, L. (2011). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*. 42, 129-137. doi: 10-1016/j.btep.2010.08.003
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência – A Construção do Cérebro Consciente*. Maia: Temas e Debates Circulo de Leitores
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 43, 200-205. doi: 10.4103/0970-0358.73452
- Die-Trill, M. & Straker, N. (1992). Psychological adaptation to facial disfigurement in a female head and neck cancer patient. *Psycho-Oncology*, 1, 247-251. doi: 10.1002/pon.2960010407
- Dropkin, M. (1999). Body Image and Quality of Life After Head and Neck Cancer Surgery. *Cancer Practice*, 7, 309-313. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.76006.x
- Feragen, K.; Kvaem, I.; Rumsey, N. & Borge, A. (2010). Adolescents with and without a facial difference: The role of friendships and social acceptance in perception of appearance and emotional resilience. *Body Image* 7, 271-279. doi:10.1016/j.bodyim.2010.05.002
- Freitas, K. & Gímez, M. (2008). Grau de percepção e incomodo quanto à condição facial em indivíduos com paralisia facial periférica na face de sequelas. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13, 113-118. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n2/04.pdf>
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II- Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227. Retrived from <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/84/pdf>
- Gardiner, M.; Topps, A., Richardson, G. Sacker, A.; Clarke, A. & Butler, P. (2010). Differential judgements about disfigurement: the role of location, age and gender in decision made by observers. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63, 73-77. doi:10.1016/j.bjps.2008.07.003

- Grogan, S. (2008). *Body Image – Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. (2<sup>nd</sup> ed.). London and New York: Routledge
- Gwanmesia, I.; Clarke, A. & Butler, P. (2011). Facial transplantation revisited: Findings from the very first public engagement exercise. *International Journal of Surgery*, 9, 433-436. doi: 10.1016/j.ijssu.2011.04.005
- Harcourt, D. Hamlet, C., Feragen, K., Garcia-Lopez, L., Masnari, O., Mendes, J., Nobile, F., Okersse, J., Pittermann, A., Kouilil, S., Stock, N., & Williamson, H. (In Press). The Provision of Specialist Psychosocial Support for People with Visible Differences: A European Survey. *Body Image*
- Hardcourt, D. & Rumsey, N. (2008). Psychology and visible difference. *The British Psychological Society*, 21, 486-489. Retrieved from [http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive\\_home.cfm?volumeID=21&editionID=161&ArticleID=1355](http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm?volumeID=21&editionID=161&ArticleID=1355)
- Holland, J. & Rowland, J. (1990). *Handbook of Psychology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press
- Islam, S.; Ahmed, M.; Walton, G.; Dinan, T. & Hoffman, G. (2010). The association between depression and anxiety disorders following facial trauma – A comparative study. *Injury*, 41, 92-96. doi:10.1016/j.injury.2009.07.012
- Laranjeira, C. (2008). Tradução e validação Portuguesa do revised life orientation teste (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7, 469-476. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v7n2/v7n2a13.pdf>
- Lima, M. & Simões, M. (2000). *NEO PI-R - Inventário de Personalidade NEO Reviso*. Lisboa: GEGOC-TEA, Lda
- Maddern, L. H., Cadogan, J. C., & Emerson, M. P. (2006). 'Outlook': A Psychological Service for Children with a Different Appearance. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 11, 431-443. doi:10.1177/1359104506064987
- Mendes, J. & Figueiras, M. (2013). Desfiguramento Facial Adquirido: breve revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 484-501. doi:10.15309/13psd140309
- Morris, P., Bradley, A., Doyal, L., Earley, M., Hagen, P., Milling, M. & Rumsey, N. (2007). Face transplantation: A Review of the Technical, Immunological, Psychological and Clinical

- Issues with Recommendations for Good Practice. *Transplantation*, 83, 109-128. Retrieved from [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/face\\_transplantation.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/face_transplantation.pdf)
- Moss, T. & Carr, T. (2004). Understanding Adjustment to Disfigurement: The Role of the Self-Concept. *Psychology and Health*, 19, pp.737-748. doi:10.1080/08870440410001722967
- Moss, T. & Harris, D. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: A prospective controlled outcome study. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 567-572. doi:10.1080/13548500903112374
- Partridge, J. (2003). *Changing Faces: The challenge of facial disfigurement* (4th Ed.). London: A changing Faces Publication
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3rd Ed.). Porto: Livpsic
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo
- Rosser, B., Moss, T. & Rumsey, N. (2010). Attentional and interpretative biases in appearance concern: An investigation of biases in appearance-related information processing. *Body Image*, 7, 251-254. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.007
- Rumsey, N. & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Rumsey, N. & Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance*. England: Open University Press
- Santos (2006). *Doença Oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde.
- Soni, C.; Barker, J.; Pushpakumar, S.; Furr, L.; Cunningham, M.; Banis, J. & Frank, J. (2010). Psychosocial considerations in facial transplantation. *Burns*, 36, 959-964. doi:10.1016/j.burns.2010.01.012
- Strongman, K. (2004). *A psicologia da Emoção* (2<sup>nd</sup> Ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Vaz Serra, A. (1986). O «Inventário Clínico de AutoConceito». *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84. Retrieved from <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/188/1/O%20Inventário%20Cl%C3%ADnico%20de%20Auto-Conceito,%20p%5B1%5D.%2067-84,%201986.pdf>
- Warner, R. & Sugarman, D. (1986). Attributions of Personality Based on Physical Appearance, Speech, and Handwriting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 792-799. doi:10.1037/0022-3514.50.4.792



## ESTADO DA ARTE

*“O cérebro tem registado os estados emocionais como uma matriz previamente construída, sendo a face o espelho dessa matriz”*

(Alves, 2016, p.114)

*“My face may be a mess but it is no reflection of my personality”*

(Partridge, 2003, pp.2)

*“Your identity has changed”*

(Partridge, 2003, p.9)

*“...attractiveness is apparently so very dependent on facial looks”*

(Partridge, 2003, pp. 49)



## **Desfiguramento Facial Adquirido, Representação Cognitiva, Autorregulação, Emoções e Autoconceito**

A maioria de nós partilha uma ideia comum do que constitui uma face “normal”, porque na generalidade, as pessoas apresentam faces “normais”, onde os modelos representados pelas indústrias de beleza reforçam o ideal de perfeição. Contudo, algumas pessoas apresentam diferenças visíveis na face (manchas, cicatrizes, por exemplo), podendo apresentar um desfiguramento facial (Partridge, 2003). No entanto, indivíduos que apresentam um desfiguramento facial podem caminhar pelas ruas, ter um trabalho e uma vida social normal (Partridge, 2003). O desfiguramento facial adquirido tem recebido muita atenção nas últimas décadas pela comunidade científica (Rumsey & Hartcourt, 2004, 2012), tendo sido desenvolvido todo um conjunto de trabalhos com o objetivo de compreender as características psicológicas inerentes ao ajustamento do desfiguramento facial adquirido.

A face é considerada como o órgão de expressão emocional que está continuamente a apelar ou a rejeitar o contacto com outros, sendo um meio de contacto entre o ambiente e o indivíduo (Adestt, 1967, Dropkin, 1999; Alves, 2016), distinguindo um ser humano de outro (Elks, 1990; Die-Trill & Straker, 1992), identifica o indivíduo e é considerada a parte mais visível do corpo (Dropkin, 1999; Tagkalakis & Demiri, 2009; Bonanno & Choi, 2010; Soni, et al., 2010, Alves 2016). O rosto expressa o interior do *self* e as características da personalidade (Callahan, 2004), sendo um meio de interação social (Bonanno & Choi, 2010) e de comunicação com o mundo exterior (Soni, et al., 2010).

Harris (1997) descreve a aparência como dinâmica e sujeita a alterações constantes. A aparência facial retrata o bem-estar físico e psicológico do indivíduo, revelando as suas preocupações (cansado, aborrecido, triste, etc.). Estudos apontam para a existência de estereótipos, em que as pessoas mais atraentes são as mais desejadas socialmente (Elks, 1990; Rumsey & Harcourt, 2012). Rumsey e Harcourt (2005) defendem que os indivíduos quando se sentem insatisfeitos com a sua aparência, recorrem a produtos de beleza, roupas, penteados ou programas de exercício físico intensos, com o intuito de encontrarem a aparência ideal e assim serem mais aceites socialmente.

Outros estudos defendem que a moderna e cosmopolita sociedade procura a aparência idealizada, exercendo pressão adicional nos indivíduos com diferenças visíveis adquiridas e, conseqüentemente, levando-os a um elevado sofrimento psicológico (MacGrouther, 1997; Bradbury, 2012). Por exemplo, Moss e Harris (2009) mencionam que os indivíduos que procuram cirurgia plástica e estética relatam altos níveis de ansiedade, vergonha e uma avaliação negativa da sua aparência, evitando situações sociais e relacionamentos íntimos.

Esta complexa interação entre fatores individuais e sociais influenciam o grau do desfiguramento percebido pelo indivíduo incapacitando-o socialmente (Rumsey & Harcourt, 2004). No entanto, indivíduos insatisfeitos com a sua aparência normal apresentam características (emoções, pensamentos, comportamentos) idênticas à de pessoas com diferenças visíveis (Moss & Carr, 2005). Martin e Newell (2005) reforçam que diferenças visíveis na face, comportam um elevado risco de distúrbios psicológicos (particular incidência em níveis elevados de ansiedade e depressão), onde os evitamentos de experiências sociais se devem às tentativas de ocultar e evitar a exposição perante os outros (Kent & Keohane, 2001; Bessel & Moss, 2007), estando subjacentes as dificuldades interpessoais e sentimentos de vergonha associados (Moss & Carr, 2004).

Apesar de as pessoas com diferenças visíveis na face poderem experienciar altos níveis de stresse psicológico devido ao acontecimento traumático, agravado pela disfunção facial, deformidade e dor crónica (Islam, Ahmed, Walton, Dinan & Hoffman, 2010), Moss (2005) defende que muitas dessas pessoas adaptam-se à aparência facial alterada, onde um autoconceito positivo pode facilitar o desenvolvimento de uma avaliação do próprio corpo que serve como amortecedor contra possíveis fatores ameaçadores da imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2004).

Se a imagem corporal é formada pela cultura social, experiências interpessoais, características físicas e atributos de personalidade, onde o investimento e a avaliação são os atributos centrais no desenvolvimento da imagem corporal, tendo como auxiliares o diálogo interno (pensamentos, interpretações e conclusões), o processamento dos esquemas de aparência, as emoções, a adaptação e as estratégias de autorregulação (Cash & Pruzinsky, 2004; Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010), parece-nos oportuna a realização deste estudo para melhor compreender o ajustamento psicológico de um indivíduo a uma alteração da imagem corporal já formada, podendo influenciar a sua “identidade”.

## **1. Desfiguramento Facial Adquirido**

O desfiguramento facial adquirido pode ser originado por trauma (acidentes, queimaduras), doença (cancro) ou a ausência normal dos processos de desenvolvimento da face (Elks, 1990; Rumsey & Harcourt, 2004, 2005). Partridge (1997) distingue a aparência visivelmente diferente em duas formas: a aparência que a pessoa assume e a aparência que os outros veem. A literatura refere que ao desfiguramento pode ser atribuído o grau de leve, moderado, evidente ou grave, dependendo de um conjunto de características particulares que provocam uma reação negativa. Neste seguimento, Elks (1990) defende que sem esta reação negativa, a alteração da face é apenas uma diferença visível e não um desfiguramento. Autores defendem que a imagem corporal é constituída por três componentes relacionados (corpo real, corpo ideal e corpo exibido), num

estado de tensão ou equilíbrio, que em conjunto compõem uma imagem satisfatória do corpo que os seres humanos se esforçam por manter (Newell, 1999; Tagkalakis & Demiri, 2009). Perante uma alteração à face real (doença/trauma) o indivíduo aumenta a tensão entre o corpo real e o corpo ideal, tornando-se difícil descrever precisamente o que é o desfiguramento, porque nem todas as pessoas que têm cicatrizes e marcas na face apresentam um desfiguramento (Henry, 2011; Rumsey & Harcourt, 2005; Partridge, 2003; Elks, 1990).

### **1.1. Problemas Psicológicos**

De uma perspectiva fenomenológica o corpo é a base da compreensão da experiência humana, podendo ser visto como a base da mente para a compreensão do *self* (Maclachlan, Mháille, Gallagher & Desmond, 2012). Kent (2000) defende que a exposição corporal ativa os esquemas da imagem corporal, levando o indivíduo a uma hipervigilância. Moss e Carr (2004) desenvolveram um estudo argumentando o ajustamento às diferenças visíveis como um produto de esquemas cognitivos. Estes esquemas cognitivos derivam de experiências passadas, que organizam e guiam o processamento da informação sobre o *self* e contêm experiências sociais individuais.

Os indivíduos com maiores preocupações relacionadas com a aparência, tendem a presenciar maiores níveis de distress e insatisfação com a aparência (Rumsey & Harcourt, 2005, 2012). Moss (2005) analisou a relação subjetiva da gravidade e o ajustamento às diferenças visíveis, indicando que quanto maior a gravidade percebida, pior o ajustamento. Por outro lado, De Sousa (2010) defende a existência de numerosos traços de personalidade e outras variáveis, que contribuem para a diminuição da qualidade de vida e adaptação ao trauma facial, influenciando a adaptação psicológica às diferenças visíveis na face. Rumsey e Harcourt (2004) descrevem que as dificuldades mais frequentes se referem às autopercepções negativas e às dificuldades patentes na interação social. Posteriormente, Rumsey e Harcourt (2005) defenderam que as crenças pessoais influenciam a forma como nos olhamos, afetando a autoestima e correlacionando-se com as autopercepções positivas, que influenciam as reações e sentimentos em relação aos outros. Perante as diferenças visíveis na face, o indivíduo pode apresentar emoções e cognições disfóricas (Kent, 2000), pensamentos mal adaptativos, autopercepções desfavoráveis e padrões comportamentais como a ansiedade e medo sobre as possíveis respostas ao desfiguramento facial (Rumsey & Harcourt, 2005).

### **1.2. Problemas Psicossociais**

A representação social do corpo pode estar relacionada com a beleza e a aparência física, como sinónimos de poder nas relações interpessoais (Secchi, Camargo, & Bertolo, 2009), onde

uma imagem corporal negativa pode afetar o funcionamento social do indivíduo (Rumsey & Harcourt, 2012).

Elks (1990) aponta cinco crenças que atuam nos julgamentos negativos de pessoas com diferenças visíveis na face: (1) a atratividade é símbolo de sucesso; (2) preconceito existente nas características faciais das minorias; (3) estereótipos sociais que dotam o rosto com traços de personalidade e caráter; (4) o desfiguramento é resultado da punição/superstições e (5) a crença de que o desfiguramento causado pela doença é visto com desaprovação pela cultura do indivíduo. Por outro lado, Rahzani, Taleghabi e Nasrabadi (2009) mencionam a existência de crenças e comportamentos por parte da sociedade que influenciam o indivíduo a evitar a censura, ter pensamentos e crenças irracionais, ser alvo de estigma e compaixão por parte dos outros, desencadeando sentimentos de culpa e vergonha (Henry, 2011).

Os indivíduos julgam a própria aparência pela influência das normas do contexto social (Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey & Newell, 2014). Por exemplo, indivíduos cuja aparência seja significativamente diferente da norma percebida, sentem uma maior pressão em cumprir com as normas sociais (Krishna, 2009), sendo os comentários indesejados, como uma das dificuldades mais predominantes na interação social (Clark, 1999). Para Newell (1999) a imagem corporal alterada é uma potencial fonte de angústia, afetando o funcionamento social do indivíduo.

Clarke (1999) menciona um ajustamento positivo ao “desfiguramento grave” quando os indivíduos estão inseridos num ambiente favorável ou em alguns casos quando vivem dentro de uma comunidade de apoio, onde são bem-recebidos. Por outro lado, um baixo nível de suporte social é preditor de insatisfação com a aparência (Rumsey & Harcourt, 2005). No entanto, indivíduos cuja aparência se afasta do corpo ideal construído pela sociedade são geralmente sancionados em aspetos como: a vida social; o trabalho e as relações amorosas (Newell, 1999; Jankowski, Diedrichs, & Halliwell, 2014), tornando-se socialmente incapacitantes, diminuindo assim a sua qualidade de vida (Kent & Keohane, 2001; Gough, Seymour-Smith, & Matthews, 2016).

Partridge (2010) defendeu que a aparência se confronta com três questões (dimensões) psicossociais: médica, intrapessoal e interpessoal, sendo a intrapessoal considerada como o maior desafio psicológico para maioria dos indivíduos com diferenças visíveis adquiridas, por lidarem com a resposta social à sua aparência facial (De Sousa, 2010). Rumsey e Harcourt (2005) mencionam que o impacto psicossocial da aparência é tão complexo, que se torna inapropriado a medida isolada das emoções, comportamentos e cognições.

### 1.3. Avaliação

Desde 2004, que Thomas Cash tem sido o grande impulsionador na avaliação da imagem corporal, tendo criado vários instrumentos para a avaliação da imagem corporal (satisfação/insatisfação; distorções cognitivas; qualidade de vida; distúrbios; esquemas cognitivos; imagem corporal ideal; percepção corporal; entre outros)<sup>1</sup>. O ASI-R, é o inventário mais utilizado em estudos que tenham como objetivo avaliar o investimento esquemático da aparência em indivíduos com diferenças visíveis.

A Derriford Appearance Scale (DAS-59), constituída por 59 itens, é uma escala que tem como objetivo avaliar de forma mais sistemática as dificuldades sentidas por indivíduos com diferenças visíveis, uma vez que, até ao momento, os instrumentos existentes eram inadequados por vários fatores (transtornos alimentares, validação clínica, propriedades psicométricas). A DAS-59 pretende medir os elementos referentes à preocupação com a aparência facial de forma independente. A escala foi desenvolvida por Carr, Harris e James, em 2000, com o objetivo de medir as respostas dos indivíduos que vivem com problemas da aparência. O instrumento foi aplicado a indivíduos fora e dentro do contexto clínico. A escala é composta por um fator geral (autoconsciência da aparência) e quatro dimensões (autoconsciência da aparência em situações sociais, autoconsciência das características sexualmente significativas do corpo, baixa autoestima e autoconsciência das características faciais). Em 2005, surge a DAS-24 (versão reduzida da DAS-59), psicometricamente robusta e amplamente aplicável, mantendo uma relação forte com a escala original. A DAS-24 constituída por uma escala de autorresposta tipo Likert com 24 itens, apresenta uma consistência interna elevada, alfa de Cronbach = .92 (Carr, Moss & Harris, 2005).

Moss e Rosser apresentaram em 2012, uma medida com o objetivo de avaliar os esquemas da aparência e a sua relação com a autoconsciência da aparência. Estas duas medidas independentes avaliam a saliência da aparência (CARSAL) e a valência da aparência (CARVAL). CARSAL e CARVAL apresentam qualidades psicométricas na população normal (Moss & Rosser, 2012) e em pessoas com uma aparência visivelmente diferente (Moss, Lawson, White & The Appearance Research Collaboration, 2014). Estes estudos indicam que esta medida pode ser utilizada em ambas as populações (clínica e não clínica).

Além desta abordagem quantitativa, são poucos os estudos que procuram avaliar o indivíduo numa perspetiva mais qualitativa, no entanto, foram realizados estudos que utilizaram a entrevista semiestruturada (Rumsey, Clarke, White, Wyn-Williams & Garlick, 2004; Harcourt & Frith, 2008; Rahzani, Taleghani & Nasrabadi, 2009; Konradsen, Kirkevold & Zoffmann, 2009;

---

<sup>1</sup> <http://www.body-images.com/research/assessments.html>

Bonanno & Choi, 2010; Bessell, Clarke, Harcourt, Moss & Rumsey, 2010); métodos visuais (fotografia) (Harcourt & Frith, 2008; Versnel, Duivenvoorden, Passchier & Mathijssen, 2010; Gardiner et al., 2010; Stone & Wright, 2012); lista de adjetivos (Moss & Carr, 2004) e respostas a questões específicas (Hagedoorn & Molleman, 2006), com o objetivo de compreender melhor o ajustamento às diferenças visíveis da face.

#### **1.4. Intervenção**

Perante um desfiguramento facial adquirido, os primeiros cuidados são predominantemente baseados no modelo biomédico (Rumsey & Harcourt, 2004). Adsett (1963) defende que o estabelecimento precoce de uma relação médico-paciente e o apoio emocional durante a preparação psicológica do pré-operatório para a cirurgia é de extrema importância, uma vez que, não sendo a cirurgia por si só suficiente, existe a necessidade de uma intervenção multidisciplinar e de um aconselhamento informado (MacGrouther, 1997). No entanto, apesar do grande avanço tecnológico ter permitido à medicina/cirurgia serem mais sofisticadas, ainda não é possível remover cicatrizes faciais, reconstruir ou recriar a face (Partridge, 2010). Bessel e Moss (2007) mencionam a dificuldade em projetar intervenções específicas para certas condições devido à sua raridade, mas a prevenção de resposta e as técnicas de exposição gradual apresentam efeitos significativos na intervenção. No entanto, um desfiguramento facial severo dificulta a intervenção (Hagedoorn & Molleman, 2006).

##### **1.4.1. Intervenção médico-cirúrgica**

Robinson (1997) menciona que o desfiguramento facial é percebido como um problema médico, sendo a intervenção cirúrgica o primeiro tipo de ajuda. Harris (1997) descreve as próteses (melhor alternativa), a camuflagem cosmética e o tratamento cirúrgico (reconstrução e cirurgia estética) como o tratamento físico para as diferenças visíveis. As próteses são cada vez mais avançadas e através dos procedimentos cirúrgicos podem corrigir-se grandes alterações provocadas pelo desfiguramento (Bonanno & Choi, 2010). O transplante facial, apesar de controverso é proposto como um grande avanço na cirurgia de reconstrução facial (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006; Alves 2016). Morris e colaboradores (2007) mencionam dois tipos de transplante facial: “*transplante facial parcial e transplante facial total*” (p.111). Recentemente, Alves (2016, p.79) refere um trabalho de Barret e Tomasello datado de 2015, mencionando 5 tipos de transplante facial: “*Tipo I - Lower Central; Tipo II - Mid Central; Tipo III - Upper Face; Tipo IV - Face Transplant e Tipo V - Full Face Transplant*”.

Na ponderação de realizar um transplante facial, devem considerar-se as sequelas psicológicas e psicossociais das diferenças visíveis na face (Soni *et al.*, 2010). A falha deste tipo de

intervenção leva à realização de intervenções cirúrgicas reconstrutivas complexas, à aplicação de enxertos dos tecidos ou a nova repetição do transplante facial, existindo o risco da rejeição devido à sensibilização, levantando questões psicológicas e sociais (Morris *et al.*, 2007; Alves 2016).

O tratamento médico pode reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida, mas não existe uma relação entre o estado clínico e o bem-estar psicossocial do indivíduo (Kent, 2000; Callahan, 2004). A insatisfação com o resultado da cirurgia, é vista muitas vezes pelos indivíduos como o facto de a cirurgia ter corrido mal, sendo estes influenciados por crenças como “*eu posso resolver as minhas preocupações com a aparência somente com a cirurgia; a cirurgia muda o que nós pretendemos a todos os níveis*” (Hansen & Butler, 2012, p.51). De Sousa (2010) defende que todos os profissionais que trabalham em cirurgia plástica devem ter consciência de que o resultado final não é só determinado pela cirurgia, mas também pelo melhoramento de uma série de fatores sociais e psicológicos. Partridge (1997) refere que as expectativas da cirurgia/cosmética raramente coincidem com o conhecimento sobre os limites da cirurgia plástica, havendo a necessidade de os cirurgiões plásticos alertarem os doentes para as limitações da cirurgia plástica/reconstrutiva (De Sousa, 2010).

#### **1.4.2. Intervenção Psicológica**

Associações entre o processamento da informação e a preocupação com a aparência têm sido alvo de investigação. Rosser, Moss e Rumsey (2010) concluíram num estudo que os indivíduos com altos níveis de preocupação podem influenciar a perceção do mundo, reforçando o preconceito e a preocupação com a aparência. Callahan (2004) defende o *self* como a chave principal para confrontar e lidar com a perda, reformular e integrar a experiência perante as diferenças visíveis na face. Vaz Serra (1975) descreve o *self* como “*a perceção que o indivíduo tem de si mesmo*”, onde o autoconceito é projetado para orientar o comportamento através da autorregulação e de guias de informação em relação à autoinformação relevante. Embora a variância explicada pela organização do autoconceito, ser considerada importante, Moss e Carr (2005), defendem claramente a existência de outros fatores operacionais na construção do autoconceito quando existem diferenças visíveis na face. Tagkalakis e Demiri (2009, p.204) descrevem três componentes do autoconceito: “*autoimagem (a forma como nos descrevemos), autoestima (a forma como nos avaliamos) e o self ideal (a forma como gostaríamos de ser)*”.

Clarke e colaboradores (2014) defendem a importância de se intervir no processamento da informação, de forma a flexibilizar e a modificar os esquemas e crenças do *self*. Para estes autores, os esquemas da aparência são estruturas cognitivas que contêm crenças e suposições condicionais,

tendo um impacto no *self*. Defendem ainda a intervenção nos processos cognitivos, como uma ajuda para o indivíduo processar a informação sobre a aparência de forma mais flexível.

## 2. Representação Cognitiva, Autorregulação, Emoções e Autoconceito

A formação da imagem corporal é sujeita a muitas influências, incluindo a aparência objetiva do indivíduo, particularmente o grau de investimento e avaliação na aparência e o funcionamento psicológico (Pruzinsky, 2004). Cash e Pruzinsky (2004) defendem as cognições como relevantes para o investimento da imagem corporal no indivíduo, onde os esquemas cognitivos se definem pela generalização sobre o *self*, organizando e orientando o processamento da informação contida nas experiências sociais individuais (Cash, 2004).

O modelo cognitivo levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos do indivíduo são influenciados pela percepção de eventos, não sendo uma situação por si só, que determina o que as pessoas sentem, mas antes, o modo como elas interpretam e pensam sobre a situação (Gonçalves, 2000). À medida que aumenta o número de distorções cognitivas associadas à imagem corporal, a autoavaliação que a pessoa faz da sua aparência torna-se mais negativa, traduzindo-se em níveis de insatisfação com o corpo (Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010). Por exemplo, Edwards e colaboradores (2008) mencionam o treino de competências cognitivas como uma possível intervenção em indivíduos com diferenças visíveis.

A imagem corporal é sustentada por esquemas cognitivos ou representações mentais, em que o conceito da própria aparência se torna um feedback, onde a imagem corporal é constantemente revista em resposta às informações percebidas sobre a nova aparência, estando vulnerável aos erros cognitivos e emoções negativas (Brill et al., 2006). O nível de funcionamento cognitivo do indivíduo varia em função de um processamento de informação complexo, onde existe um tipo de filtro das informações relevantes para o indivíduo, avaliando riscos e benefícios (Morris et al., 2005). A emoção e a cognição estão interligadas, apresentando características específicas e componentes relacionadas (Alves, 2016). Esta autora defende que *“para compreender o desenvolvimento humano e a forma como este se adequa ao meio, é importante analisar o impacto da emoção e da regulação emocional ao indivíduo”* (Alves, 2016, p. 105).

Segundo Quelhas, Cláudio e Costa (1989), os modelos mentais, são uma forma de representação interna, que no modo de compreender de Hobbes, as concepções e pensamentos são representações cognitivas (Leivas, 2007). Gonçalves (2000), defende o comportamento, as cognições e emoções observadas no indivíduo vistas como uma amostra do seu repertório comportamental e cognitivo. A teoria cognitiva pressupõe que um conjunto de crenças básicas

relativamente estáveis, rígidas e generalizadoras e afeta a forma como o indivíduo percebe, interpreta e responde a situações específicas. A teoria cognitiva sugere não apenas a construção da realidade, como também postula a especificidade do conteúdo cognitivo, no qual as respostas emocionais específicas (normais ou anormais) são associadas com diferentes tipos de construções cognitivas (Gonçalves, 2014).

Um estudo desenvolvido por Kent (2000) descreve que as cognições perante as diferenças visíveis envolvem a hipervigilância, a autoconsciência e a busca de um significado, onde a atribuição da desilusão da condição médica, não são direcionados a aspetos do *Self* ou da situação que gerou o desfiguramento. Os processos cognitivos envolvidos na autoimagem, as crenças sobre as impressões formadas e as reações dos outros são complexas (Rumsey & Harcourt, 2004), que aplicadas às representações da doença, as crenças básicas afetariam a forma como o indivíduo traduz os sintomas da doença, em representações de doença (desfiguramento). Segundo Schuz e colaboradores (2012), as crenças básicas resultam de experiências cumulativas generalizadas em vários campos da vida, que são então aplicadas a suposições específicas.

O desencadeamento de determinados eventos, são geralmente seguidos por atividades cognitivas consistentes com a noção sociológica do sentimento de estigma e a noção psicológica do esquema de imagem corporal (Kent, 2000). Deno e colaboradores (2010) consideram o aspeto cognitivo da aparência do indivíduo como o mais importante no atendimento psicológico. Eventos críticos da vida, tanto positivos como negativos, são eventos que interrompem o fluxo normal da vida de um indivíduo, despertando tensões e busca de recursos e estratégias necessários para recuperar o equilíbrio ou ajudar a criar um significado para o desenvolvimento da vida (Turner, Goodin, & Lokey, 2012). Estes autores, referem ainda que os eventos inesperados interrompem as cognições e ações atuais, exigindo novas e diferentes ações e cognições. Perante as diferenças visíveis na face, a cognição social pode ajudar o indivíduo a compreender os problemas gerais do desfiguramento num contexto social (Clark, 1999).

Maclachlan e colaboradores (2012) alertam para a perspectiva de a personificação da aparência promover uma visão da experiência humana que incorpora influências existenciais, cognitivas, físicas e sociais. Estes autores, reforçam ainda que a compreensão da personificação pode contribuir muito para o entendimento de como as experiências do indivíduo são moldadas num conjunto de exigências físicas, psicológicas e sociais.

A aparência de um corpo “anormal” pode evocar reações estigmatizantes nos outros (Maclachlan et al., 2012), onde a identidade é importante em termos de reconhecimento facial (Matschke & Sassenberg, 2012; Alves 2016). Perante as diferenças visíveis na face, a identidade

comprometida é uma grande preocupação para o indivíduo (Gwanmesia, Clark & Butler, 2011), existindo uma séria alteração psicológica e social (Bradbury, 2011). A estruturação da identidade do indivíduo está intimamente ligada ao desenvolvimento da imagem corporal dentro de um grupo social (Secchi et al., 2009). Perante as diferenças visíveis, existe um processo de formação de uma nova identidade, potencialmente stressante por requerer a renúncia de valores e papéis já definidos, havendo uma elevada influência da moderna sociedade na construção da identidade de um indivíduo (Hofer, Bush, & Kartner, 2010).

Segundo Pedro, Pais-Ribeiro e Pinheiro (2012), o homem é uma organização integrada, em vários níveis de estruturas físicas, funções biológicas, psicológicas e comportamentais numa dinâmica ambiental. Cada indivíduo está integrado num sistema autorregulado que cria e mantém essa organização. Quando existe uma situação de desestabilização do sistema (aparecimento de uma doença, ou outras situações súbitas) vai alterar-se esta dinâmica e por conseguinte, a necessidade de uma reorganização autorregulada desse sistema (Pedro et al., 2012).

Perante o desfiguramento facial adquirido, a imagem que o indivíduo irá ver no espelho será o seu novo exterior, existindo a necessidade de o indivíduo realizar um grande investimento no ajustamento psicológico às diferenças visíveis na face (Partridge, 2003). O físico é baseado em processos de organização e coordenação do funcionamento de todos os componentes biológicos e psicológicos (Pedro et al., 2012). Assim, a autorregulação funciona como estratégia reguladora dos pensamentos, emoções, comportamentos, impulsos e de atenção num indivíduo, através de um ajustamento estratégico (Pettinelli, 2012). A autorregulação parece exercer um forte papel no investimento da imagem corporal (Cash, 2004), uma vez que é por meio da representação cognitiva, que o indivíduo atribui um determinado sentido ao problema, influenciando estratégias de *coping* para lidar com a doença (Leventhal, 1997) ou com as diferenças visíveis (Rumsey & Harcourt, 2012).

A autorregulação funciona como um modelo de processamento de informação em resposta a alterações ou ameaças ao estado de saúde. Numa abordagem multifatorial, os indivíduos percecionam a doença, realçam a interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, e a sua influência no modo como estes adoecem e recuperam de um episódio de doença (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993). Estudos de Leventhal e colaboradores, defendem que *“os indivíduos constroem esquemas mentais ou modelos implícitos de doença, sobre a forma como uma doença afeta as funções corporais, o seu impacto no quotidiano, como se pode curar, e como proceder para restabelecer o estado de saúde”* (Figueiras, 2008, p.38).

A teoria da autorregulação considerando-se um processo de gestão de objetivos implicados na realização funcional e obtenção de metas, é um processo que exige e depende da inter-relação de múltiplos fatores (MacPherson, Kayes, & Weatherall, 2009). Hofer e colaboradores (2010) defendem que entre as capacidades de autorregulação, estão as disposições do controlo da ação (capacidade intuitiva de regular os sentimentos e pensamentos) e de controlo da atenção (capacidade de manter a atenção focada num determinado objetivo, apesar dos elementos distratores). O controlo da ação denomina a capacidade de regular o afeto sem precisar de apoio externo, de ter acesso às autorrepresentações, de encontrar e colocar em prática comportamentos alternativos orientados por objetivos mesmo sob stress. Ao enfrentar ou antecipar o fracasso ou stress, os indivíduos têm a tendência a refletir sobre a situação desagradável e permanecer em um estado de inatividade, devido à falta de acesso a alternativas comportamentais.

O modelo de autorregulação afirma que os indivíduos regulam o seu comportamento no sentido de maximizar o seu bem-estar e reduzir o desconforto, de acordo com as suas representações cognitivas e emocionais, sustentado pelo contexto sociocultural, promovendo a construção de representações relacionadas com a saúde e a doença, originando, assim, modelos de senso comum que influenciam ou orientam o processo de autorregulação (Leventhal, 2003). O modelo de senso comum é assim caracterizado pela forma como o indivíduo desenvolve processos cognitivos e afetivos na interpretação dos estímulos, mensagens de ameaça e experiências em contextos clínicos. O desenvolvimento de estratégias de *coping* promove a gestão de eventos potencialmente nocivos e ameaçadores, de forma a que o indivíduo possa restabelecer o seu estado de equilíbrio, denominando-se de modelo senso-comum da autorregulação (Leventhal & Mora, 2008).

Recentemente, Leventhal, Phillips e Burns (2016) reforçam que os modelos de senso comum explicam os processos pelos quais o indivíduo toma consciência de uma ameaça à saúde e formulam perceções de ameaça e possíveis ações de tratamento. Estes autores mencionam ainda que estes indivíduos integram um feedback contínuo sobre a eficácia do plano de ação e progressão da ameaça à saúde. Santos (2013, cit Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003) menciona que a representação de doença, está organizada em 5 dimensões: (1) identidade (sintomas, localização, entre outros); (2) causas (atribuições); (3) cronograma (representações sobre a duração da doença; (4) cura/controlo (perceção sobre a potencial cura da doença ou controlar o seu curso por meios pessoais e ou tratamento médico); (5) consequências (crenças sobre as consequências da doença), sendo vista como um esquema que é formado, ativado e modificado em resposta a estímulos e informações sobre essa doença (Henderson, Orbell & Hagger, 2009).

O modelo de autorregulação de Leventhal defende a interação entre sintomas fisiológicos, a interação afetiva e os processos cognitivos implícitos na interpretação desses sintomas dando início ao processo de lidar com a doença e avaliar a eficácia de determinada estratégia (Leventhal & Cameron, 2003). Estes autores defendem que as influências psicossociais são determinantes no processo de percepção e interpretação dos sintomas, permitindo ao indivíduo perceber, interpretar e responder à doença através de diferentes mecanismos. Por exemplo, um estudo de Tiggemann e Slevic (2012) mencionam que as preocupações com a aparência são influenciadas por fatores psicológicos (ideias internalizadas, importância da aparência, afeto negativo, autoestima, outros) e fatores sociais (meios de comunicação, pares e família).

Quando os indivíduos recebem um diagnóstico de doença, normalmente revelam um padrão de crenças sobre a sua condição, onde as percepções ou representações cognitivas influenciam diretamente as respostas emocionais do indivíduo (Santos, 2013). Vários modelos e teorias explicativas têm procurado oferecer conceitualizações capazes de explicar o comportamento e identificar os fatores que determinam a tendência dos indivíduos para aderirem às recomendações médicas (Klein & Gonçalves, 2005). Para Diefenbach e Leventhal (1996), os modelos de senso comum que os indivíduos constroem acerca das suas doenças, também interferem com a adesão na medida em que os ajudam a dar sentido à sua experiência e proporcionam um guia para o comportamento subsequente, já que os indivíduos orientam todas as suas ações por forma a confirmar esses mesmos modelos.

A autorregulação em geral refere-se aos processos de definição de objetivos e esforços, incluindo uma série de desafios que os indivíduos podem enfrentar, ao tentar alcançar algo que lhes é importante, mas quase por definição, difícil de atingir (Ridder & Wit, 2006). Estes autores mencionam que os seres humanos são conhecidos por ter uma extensa capacidade de exercer controlo sobre os seus estados internos, processos e respostas, sendo capazes de resistir aos seus próprios impulsos, adaptar o seu comportamento a uma série de normas e mudar os comportamentos atuais com a finalidade de atingir determinados objetivos. Assim, o termo autorregulação, é muitas vezes usado para se referir aos esforços usados pelos indivíduos na alteração de pensamentos, sentimentos, desejos e ações na perspetiva de alcançar objetivos mais elevados (Santos, 2013; Ridder & Wit, 2006; Carver & Scheier, 1998). Benyamini (2009) defende que quando o indivíduo se confronta com situações adversas, definindo-a como uma ameaça, exigência ou restrição, coloca em causa a integridade operacional do seu organismo. Esta autora defende que o processo de autorregulação deve ser semelhante para todos os indivíduos, diferenciando-se somente o seu conteúdo.

Uma vez que o corpo está constantemente a ser observado e avaliado, o indivíduo com diferenças visíveis na face, sente a necessidade de estabelecer objetivos de forma a regular a apresentação da imagem corporal perante o outro, sendo a busca de objetivos influenciada pelas experiências cognitivas, emocionais e comportamentais em curso na vida dos indivíduos (Maclachlan et al., 2012). Estes autores defendem que muita da atividade humana se foca na concretização de objetivos, dinamizando o comportamento e orientando as escolhas do indivíduo.

Existindo cada vez mais evidências de que a autorregulação é definida como a capacidade de gerir e controlar as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais (Booker & Mullan, 2013), desempenhando um papel preponderante no desenvolvimento de habilidade interpessoais, pode inferir-se que a autorregulação está presente no ajustamento ao desfiguramento facial adquirido, uma vez que o indivíduo necessita de concretizar o ajustamento às diferenças visíveis (Partridge, 2003), onde as habilidades sociais e cognitivas incluem uma sensibilidade e julgamento social (Zarb, 2007).

Alterações na imagem corporal podem incluir uma larga variedade de mudanças, mas usualmente acompanhadas por um grau de turbulência emocional (Dropkin, 1999). No entanto, a adesão a comportamentos e estilos de vida saudável requer planeamento, capacidade de adaptação às mudanças no ambiente e uma capacidade de inibir respostas a sugestões não sustentáveis no meio envolvente (Booker & Mullan, 2013). A autorregulação ao desempenhar uma gestão de respostas emocionais, vistas como elementos cruciais do sistema motivacional e concebidos como intrinsecamente ligadas com os processos cognitivos (De Ridder & Wit, 2006), parece influenciar a direção do comportamento para os objetivos e emoções que fornecem uma base, a partir da qual as expectativas futuras (que orientam o comportamento) são baseadas (Brown & McConnell, 2011).

Swami, Taylor e Carvalho (2011) mencionam num estudo como a estabilidade emocional está negativamente associada com a insatisfação corporal, podendo este conteúdo negativo se dever à relação de vários aspetos do sistema biopsicossocial e da personalidade ou do funcionamento psicológico do indivíduo (Gonçalves, 2014). Indivíduos com diferenças visíveis na face, são percebidos como menos ajustados emocionalmente (Stone & Wright, 2012). Segundo Partridge (2003), o desfiguramento pode distorcer e desorganizar os mecanismos de sinalização, influenciando o reconhecimento dos movimentos faciais. As emoções podem ser transmitidas através do tom de voz, gesticulação, expressão facial, fisionomia e postura (Trzepacz & Baker, 2001), influenciando a saúde emocional do indivíduo, onde as diferenças visíveis podem causar um distúrbio temporário ou permanente na integridade do indivíduo (Tagkalakis & Demiri, 2009).

A demonstração de emoções através da expressão facial é uma das integridades funcionais dos indivíduos sujeitos a cirurgia na face (Dropkin, 1999; Alves 2016), no qual a maioria dos indivíduos com diferenças visíveis na face apresentam emoções negativas, baixos níveis de autoimagem e evitamento social (Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013).

Desde a Grécia Antiga que é estudada a epistemologia da emoção, demonstrando que a emoção sempre foi valorizada pelo Homem, existindo a necessidade de a compreender em todos os aspetos que a constituem, uma vez que de forma inconsciente, as emoções fazem parte do nosso quotidiano (Alves, 2016). Desde a infância que a imagem corporal afeta as nossas emoções, pensamentos e comportamentos durante todos os dias da nossa vida, onde a formação da imagem corporal se revela na interação pessoa-meio e em contextos individuais no desenvolvimento cognitivo, emocional e físico (Cash & Pruzinsky, 2004).

As emoções desempenham um papel fundamental no ajustamento psicológico do indivíduo, quer nas respostas emocionais (Santos, 2003; Booker & Mullan, 2013) e experiências emocionais associadas às estratégias de autorregulação (Turner et al., 2012), quer na importância das emoções no investimento esquemático da aparência (Cash & Pruzinsky, 2004). De forma menos positiva, emoções negativas (Moss & Harris, 2009) e sofrimento emocional (Feragen, Kvale, Rumsey & Borge, 2010; Moss & Harris, 2009) podem levar um indivíduo a demonstrar insatisfação com a sua aparência. Alves (2016, p.114) menciona *“a análise da expressão facial e o seu reconhecimento não estão apenas dependentes da atividade fisiológica e neurológica do indivíduo. Existem outras variáveis moderadoras que produzem, igualmente, variações e alterações no processo de identificação e reconhecimento emocional”*.

Brown e McConnell (2011) defendem que as emoções guiam o comportamento através de propriedades motivacionais, direcionando o comportamento a objetivos. Estes autores mencionam que os indivíduos, através da autorregulação tentam reduzir a discrepância entre o seu estado atual e o estado desejado. Por exemplo, há autores que defendem o reconhecimento das expressões faciais e os esquemas disfuncionais como os principais fatores que influenciam os sintomas de depressão, suportando a ideia, dos défices de reconhecimento emocional ajudarem a manter as dificuldades no funcionamento social, e esquemas mal-adaptativos (Csukly et al., 2011). Estes autores defendem ainda que as dificuldades na deteção de emoções podem contribuir para a privação de suporte afetivo ligado a relações íntimas e assim influenciar determinadas situações sociais.

A resiliência emocional pode ser uma das respostas para os resultados dos processos associados com as amizades e experiências sociais positivas (Feragen et. al., 2010). Estes autores,

defendem que a associação entre a aceitação social e amizades próximas indicam os sentimentos de proximidade e intimidade fornecidos através de amizades como contribuintes para a percepção de aceitação social, estando relacionados com percepções de aparência e falta de sofrimento emocional, onde a confiança, intimidade, aprovação, reciprocidade estão inseridos nos processos de amizade e aceitação social, razão pela qual o indivíduo se sente mais atraente e assim mais protegido contra o stress emocional.

As emoções são consideradas como programas complexos e complementados por um programa cognitivo, que inclui certos conceitos e modos de cognição. *“O mundo das emoções é, sobretudo, um mundo de ações levadas a cabo no nosso corpo, desde as expressões faciais e posições do corpo até às mudanças nas vísceras e meio interno”* (Damásio, 2010, p.143), sendo estas emoções afetadas quando há presença de diferenças visíveis na face (Rumsey & Harcourt, 2012; Alves, 2016).

Uma enorme ameaça à autoimagem, confiança e identidade, bem como a respetiva sobrevivência, exige que o indivíduo atinja uma força emocional considerável (Breitbart & Holland, 1990). Partridge (2003) defende que as reações emocionais perante a nova face variam imensamente entre os indivíduos, não existindo uma resposta perfeita, podendo o indivíduo sentir: irritação, angústia, derrota, repulsa, distanciamento, decepção, determinação ou estoicismo. A partir do processamento de informação relacionada com a aparência, resultam diálogos internos, ou seja, produtos cognitivos (pensamentos automáticos, inferências, interpretações e conclusões acerca da aparência) aos quais está associada uma carga emocional (Nazaré et al., 2010), onde o ajustamento compreende as emoções negativas de medo, ansiedade social, vergonha e afeto negativo, simultaneamente com uma resposta comportamental de evitamento e retração que frequentemente interrompe o estilo de vida, causando sofrimento e incapacidade de fazer coisas que as pessoas normalmente fazem (Carr et al., 2005).

As diferenças visíveis na face, produzem reações emocionais intensas devido ao valor que a face tem nas relações interpessoais e devido ao significado simbólico da face (Adsett, 1963; Alves, 2016). Estes autores mencionam que além da face ser o órgão de contacto com o ambiente individual, é na face que se exprimem as emoções. A maioria dos indivíduos com diferenças visíveis na face, apresentam emoções negativas, baixos níveis de autoimagem e evitamento social (Smith et al., 2013). Alves (2016, p.103) cita Freitas-Magalhães, *“a face é o palco onde as emoções se apresentam ao mundo”*.

As emoções influenciam o funcionamento psicológico e social do indivíduo e são influenciadas pelas diversas experiências do indivíduo. A regulação emocional pode envolver a diminuição das emoções negativas em situações, onde determinada emoção deixa de ser vantajosa

quando é ativada desnecessariamente por estímulos ilusórios (Alves, 2016). Esta autora refere que as emoções têm um papel fundamental na vida de cada um de nós, desempenhando funções importantes, tais como: alertar-nos para o perigo; proporcionar-nos a hipótese de criar laços com os outros, desempenhando um papel importante na vida em sociedade; influenciam a nossa tomada de decisões; alteram o nosso comportamento, fornecem aos outros informação sobre o nosso estado interno; entre muitos outros aspetos.

Para Brown e McConnell (2011), as emoções não são a causa direta do comportamento, mas podem afetá-lo indiretamente, como criar expectativas, priorizar objetivos e orientar a atenção. No entanto, os diálogos internos envolvem pensamentos automáticos carregados de emoção, inferências, interpretações e conclusões sobre a sua aparência, onde a maioria dos indivíduos com atitudes e esquemas erróneos relativos à imagem corporal, são habitualmente falsos e dimórficos (Cash & Smolak, 2012). Cash (2004) defende a existência de determinados processos de pensamento que refletem vários erros ou distorções, por exemplo, pensamento dicotómico, raciocínio emocional, tendência a comparação social, inferências arbitrárias, generalizações, personalização, ampliação dos defeitos percebidos e minimização dos ativos.

As emoções influenciam e são influenciadas pela teoria implícita da realidade do sujeito e desempenham um importante papel no desenvolvimento de sistemas conceptuais (Strongman, 2004). Por exemplo, um estudo de Kent (2000) defende a ansiedade social como mediadora entre o grau de desfiguramento e as reações emocionais do indivíduo. Um estudo de Maddern, Cadogan e Emerson (2006) menciona as dificuldades emocionais e interpessoais a longo prazo, surgindo em maior grau quando as relações são prejudicadas pelas diferenças visíveis. Um indivíduo com desfiguramento facial adquirido enfrenta o desafio de gerir a sua própria resposta emocional às diferenças visíveis e lidar com a resposta do comportamento dos outros (Thombs et al., 2008).

A emoção e a identidade influenciam-se nas suas interpretações e funcionam, não só como respostas ao ambiente, mas também metaforicamente em relação a cenas, experiências, pistas interiores e pensamentos. Uma emoção negativa, como a tristeza, leva à invocação de ideias sobre factos negativos, onde a emoção positiva faz o oposto (Strongman, 2004). Para Damasio (2010), a combinação de todas as reações constitui o «estado emocional», que se desenvolve de forma relativamente rápida, e depois se desvanece, até que novos estímulos capazes de desencadear emoções sejam introduzidos na mente e deem início a outra reação emocional em cadeia.

As emoções consideradas unidades cognitivo-afetivas, organizam os padrões de comportamento adaptativo, proporcionando um pano de fundo em relação ao qual se pode desenvolver um modelo do “*self*” e do mundo (Strongman, 2004), influenciando o que as pessoas

pensam e sentem sobre si mesmas, e como elas se comportam e se relacionam com os outros (Rumsey & Harcourt, 2012). Estudos indicam que as crenças relacionadas com a aparência são influenciadas por fatores culturais ou pressões do grupo de pares que influenciam a formação do autoconceito (Clark & Tiggemann, 2008; Rosser, Moss, & Rumsey, 2010; Rumsey & Harcourt, 2005). Cash (2004) defende que as generalizações cognitivas sobre o *self*, influenciam a construção de auto-esquemas sobre a aparência, existindo uma influência de experiências sociais e individuais que organizam e orientam o processamento da informação na construção desses esquemas.

A construção da definição do *self*, inclui imensos significados (ego, identidade, autoconceito, *auto-esquema*), tornando-se assim um conceito complexo (Macedo & Silveira, 2012). O *self* é a totalidade do indivíduo, incluindo o corpo, a reputação (o que os outros conhecem do indivíduo) e o sentido de identidade (Baumeister, 2005). Segundo Gazzaniga e Heatherton (2003, cit in Macedo & Silveira, 2012, p.281) *“self inclui um corpo físico, processos de pensamento e uma experiência consciente de que alguém é único e se diferencia dos outros, o que envolve a representação mental de experiências pessoais”*.

Segundo Leary e Tangney (2012), o autoconceito é composto por estruturas cognitivas que incluem conteúdo e atitudes ou julgamentos avaliativos, usados para entender o mundo, concentrando a atenção em objetivos básicos, sendo estes conceitos mentais o conteúdo do autoconceito. O autoconceito é um fenómeno íntimo e pessoal (Vaz-Serra, 1986), incluindo atributos e crenças individuais sobre si mesmo (Baumeister, 2005), definindo-se como *“a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si”* (Vaz-Serra, 1988, p. 101). Alguns autores defendem a existência de quatro tipos de influência que ajudam a construção do autoconceito: o modo como as pessoas olham o indivíduo; a noção que o indivíduo guarda do seu desempenho; confronto do comportamento do indivíduo com a dos pares sociais e por último, a avaliação de um comportamento específico em função dos valores de grupos normativos (Vaz-Serra, 1988; Neves & Faria, 2009).

Aspetos emocionais e sociais do autoconceito são considerados importantes no ajustamento pessoal (Vaz-Serra, 1986), existindo uma relação muito próxima entre a aparência e o autoconceito (Rumsey & Harcourt, 2004; Moss & Carr, 2004). Vaz-Serra (1988) descreve várias facetas que estruturam o autoconceito: autoimagem; autoestima; autoconceito real e ideal; identidades e por fim o conservadorismo cognitivo. Contudo, Baumeister (2005) defende que o autoconceito incluiu dimensões que podem não fazer parte da identidade do indivíduo, por exemplo, alguns traços de personalidade.

O autoconceito apresenta a autoestima como uma das facetas mais relevantes, dado que esta avalia o indivíduo quanto às suas qualidades, valores, virtudes e desempenhos (Vaz-Serra, 1988), no entanto, a autoestima refere-se a uma autoavaliação muito vasta do indivíduo (Baumeister, 2005). Por outro lado, Neves e Faria (2009) chamam-nos a atenção sobre o autoconceito e autoeficácia partilharem características comuns, uma vez que se relacionam com o *self*. Estas autoras defendem que o constructo autoeficácia se distingue do autoconceito, pela crença ou expectativa de que através do esforço pessoal, o indivíduo consegue alcançar um resultado desejado. Vaz-Serra (1988) defende existir uma tendência para o indivíduo com um autoconceito positivo atribuir a obtenção de um reforço em dada tarefa ao seu próprio esforço e não aceitar que o mesmo tenha sido influenciado por pessoas mais poderosas ou por circunstâncias de sorte ou acaso.

Moss e Carr (2004) defendem que o autoconceito é concebido com uma rede de processamento de informações, sendo multifacetado, dinâmico e hierárquico, que atua para orientar o comportamento através da autorregulação e orienta o processamento da informação. Segundo estes autores, o autoconceito é concebido de forma a guiar o comportamento através da autorregulação e guias de informação em relação à autoinformação relevante em que a variância explicada pela organização do autoconceito apesar de importante, refere claramente a existência de outros fatores operacionais: *complexity; differential importance; compartmentalization* (Moss & Carr 2004).

A face considerada como a parte mais visível do indivíduo, ocupa uma parte central da perceção de si mesmo (Tagkalakis & Demiri, 2009). A aparência e a atratividade são componentes importantes do autoconceito do indivíduo e afeta a forma como são percebidos pelos outros, podendo dificultar o relacionamento social (Maddern, Cadogann, & Emerson, 2006). Tagkalakis e Demiri (2009) defendem que o autoconceito de um indivíduo com diferenças visíveis na face se refere a três componentes principais: autoimagem, autoestima e o self ideal, sendo este autoconceito adquirido através da interação com outras pessoas. Na visão de Oyerman, Elmore e Smith (2012), o autoconceito é uma estrutura cognitiva que pode incluir conteúdos, atitudes ou julgamentos avaliativos usados para dar sentido ao mundo. Contudo, cada aspeto do autoconceito, varia no grau de elaboração interna, bem como na proximidade da sua relação com outros aspetos (Moss & Carr, 2004).

Perante um disfiguramento, a organização da informação relacionada com a aparência varia conforme o ajustamento positivo ou negativo do indivíduo às diferenças visíveis (Moss & Carr, 2004), determinando a perceção de maior gravidade quando o ajustamento ao disfiguramento é considerado negativo (Moss, 2005). Este autor faz referência às implicações sociais, na influência da perceção do grau de severidade como leve, moderado ou grave.

Indivíduos com diferenças visíveis na face, podem experienciar dificuldades relativas à sua imagem corporal, complexificando a aceitação da sua aparência, podendo afetar o autoconceito do indivíduo (Bessel & Moss, 2007). Vários estudos têm-se concentrado na compreensão do indivíduo com desfiguramento facial, recorrendo à avaliação de uma possível (re)organização do autoconceito através da exploração dos vários termos do *self* e o impacto que estes termos exercem sobre o indivíduo com desfiguramento facial. O Anexo A apresenta estudos nos quais o *self* é explorado em várias dimensões.

Vaz-Serra (1985, 1988) defende a existência de quatro fatores importantes para a génese do autoconceito:

1º - o modo como o comportamento de um indivíduo é julgado pelos outros (a família desempenha um papel primordial na génese do autoconceito)

2º - o feedback que o indivíduo guarda do seu próprio desempenho (quando a pessoa acredita que usualmente tem êxito no desempenho das suas tarefas desenvolve um bom autoconceito)

3º - a comparação que o indivíduo faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais

4º - a influência do julgamento que um ser humano faz do seu próprio comportamento tendo em conta as regras estabelecidas por um determinado grupo normativo ao qual se encontra vinculado.

Este autor descreve a importância de um bom autoconceito por ajudar o indivíduo a ter uma perceção positiva de si mesmo; a sentir-se bem consigo próprio e com os outros; a ter estratégias de *coping* mais adequadas; a perceber o mundo de forma menos ameaçadora e, por conseguinte, a ter uma melhor saúde mental (Vaz-Serra, 1986, 1988). A busca de objetivos é influenciada pelas experiências cognitivas, emocionais e comportamentais em curso na vida dos indivíduos.

A presente investigação tem como objetivo compreender quais são os preditores cognitivo-sociais do ajustamento psicológico ao desfiguramento facial numa amostra de indivíduos que por trauma ou doença apresentam diferenças visíveis na face (desfiguramento facial).

Perante a falta de contextualização sobre o desfiguramento facial em Portugal, tornou-se pertinente realizar uma revisão narrativa da literatura sobre o Desfiguramento Facial Adquirido (Artigo I), que além de aprofundar o tema sobre as diferenças visíveis causadas pelo cancro e por queimaduras, permite-nos ter uma ideia sobre instrumentos de avaliação, sugestões de intervenção

e compreensão das questões psicológicas e sociais inerentes às diferenças visíveis na face. O mesmo artigo descreve-nos dois instrumentos validados para a população portuguesa, permitindo avaliar o investimento esquemático da aparência (Appearance Schemas Inventory – Revised (ASI-R); Cash, 2003; Moreira & Canavarro, 2010), apresentando características psicométricas idênticas da escala original em relação à adaptação da escala aferida para a população portuguesa, e a autoconsciência da aparência (Derriford Appearance Scale – short (DAS-24); Carr et al., 2005; Moreira & Canavarro, 2007), que apesar de existirem estudos com o uso da respetiva escala, eram desconhecidas as suas características psicométricas, tornando-se assim pertinente a análise da validade e confiabilidade da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford, numa amostra da população portuguesa (Artigo III).

Considerando-se esta investigação pioneira em Portugal e desconhecidos estudos que apontem para um consenso sobre as abordagens teóricas mais utilizadas na investigação sobre as diferenças visíveis na face, pretende-se nesta investigação, apresentar uma revisão sistemática da literatura no intuito de compreender qual ou quais os modelos e teorias, que suportam a investigação das preocupações com a aparência em indivíduos que apresentam um desfiguramento facial (Artigo II).

Através da revisão de literatura, percebeu-se a complexidade das reações emocionais intensas que as diferenças visíveis na face apresentam, devido ao elevado valor que o rosto tem nas relações interpessoais e devido ao significado simbólico da face (Adset, 1963, Alves, 2016). Conseguirmos perceber que o rosto pode servir como máscara para impedir que os outros vejam o nosso íntimo, mas ao mesmo tempo, pode apresentar-se como um rótulo da nossa personalidade (Mendes & Figueiras, 2013). Cash (2004) defende que a imagem corporal se desenvolve através das experiências pessoais, características físicas, cultura e atributos da personalidade. Santos (2006) menciona que a personalidade pode assumir um papel moderador quando um indivíduo assume um estilo de “repressão social”, tendo a personalidade uma influência direta ou indireta sobre a doença. Por sua vez, Blanco, Antequera e Aires (2002) fazem referência a uma relação entre a personalidade e as crenças irracionais, tornam-se compreensível que o indivíduo se possa sentir isolado e rejeitado quando perde a autoestima como consequência de uma desfiguração severa do rosto (Adset, 1963). A aparência facial pode ser um canal de comunicação que fornece informações sobre um conjunto de dimensões da personalidade (Warner & Sugarman, 1986), existindo a suposição de que a personalidade está rotulada pela aparência do indivíduo. Por vezes uma aparência física que se desvia da norma é muitas vezes associada a características de deficiência intelectual (Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006), existindo uma possível “relação” descrita pelos autores entre o desfiguramento facial e a personalidade do indivíduo.

Face aos estudos que referem uma associação da personalidade à aparência de um indivíduo, pretende-se através de um estudo numa amostra não clínica, explorar se a autoconsciência da aparência é mediada pelo investimento esquemático da aparência face aos traços de personalidade, numa amostra não clínica (Artigo IV), podendo estes resultados ser confrontados posteriormente com a amostra clínica (indivíduos com diferenças visíveis na face).

No intuito de perceber se os indivíduos sujeitos a uma cirurgia reconstrutiva da face, desenvolvem esforços no sentido de promover positivamente o bem-estar, e sendo o afeto considerado como efeito psicológico final de um processo, pretende-se analisar a relação existente entre o Otimismo e o Afeto Positivo e Negativo como características da personalidade na Autoconsciência da Aparência. Por outro lado, analisaremos o Otimismo como característica estável que reflete a antecipação de acontecimentos positivos e que deverá estar associado com a Extroversão e estados emocionais positivos na Autoconsciência da Aparência.

O conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e moral permite-nos compreender o relacionamento com certos traços e atitudes de personalidade, assim, pretende-se explorar a relação do Autoconceito como a identidade de um indivíduo e a sua interação com o Investimento Esquemático da Aparência, de forma a compreender a influência dos aspetos do autocontrolo na inibição ou desenvolvimento de determinado comportamento na Autoconsciência da Aparência e qual o impacto (na saúde) que o desfiguramento facial adquirido tem na satisfação com o suporte social (Artigo V).

### Referências

- Adsett, A. (1963). Emotional Reactions to Disfigurement from Cancer Therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 89, 385-391. doi: 10.1001/jama.1963.03710010147111
- Alves, D. (2016). *Transplante da Face: Impacto na Análise da Expressão Facial da Emoção*. Santo Tirso: Idioteque Communication Group
- Baumeister, R. (2005). Self-Concept, Self-Esteem and Identity. In Derlega, V., Winstead, B. Jones, W. (3rd Ed.). *Personality: Contemporary Theory and Research* (pp. 246-280). New York: Wadsworth
- Benyamini, Y. (2009). Stress and Coping with Womens's Health Issues. A Review from a Self-Regulation Perspective. *European Psychologist*, 14, 63-71. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.63

- Bessell, A., & Moss, T. (2007). Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: A systematic review of the empirical literature. *Body Image*, 4, 227-238. doi:10.1016/j.bodyim.2007.04.005
- Bonanno, A., & Choi, J.Y. (2010). Mapping out the social experience of cancer patients with facial disfigurement. *Health*, 2, 418-428. doi:10.4236/health.2010.25063
- Booker, L., & Mullan, B. (2013). Using the temporal self-regulation theory to examine the influence of environmental cues on maintaining a healthy lifestyle. *British Journal of Health Psychology*, 18, 745-762. doi: 10.1111/bjhp.12015
- Bradbury, E. (2012). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50, 193-196. doi:10.1016/j.bjoms.2010.11.022
- Breitbart, W., & Holland, J. (1990). Head and Neck Cancer. In Holland, J., & Rowland, J. (1990). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 232-239). New York: Oxford University Press
- Brill, S. E., Clarke, A., Veale, D. M., & Butler, P. M. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image*, 3, 1-15. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.002
- Brown, C., & McConnell, A. (2011). Discrepancy-Based and Anticipated Emotions in Behavioral Self-Regulation. *Emotion*, 11, 1091-1095. doi: 10.1037/a0021756
- Callahan, C. (2004). Facial Disfigurement and Sense of Self in Head and Neck Cancer. *Social Work in Health Care*, 2, 73-87. doi: 10.1300/J010v40n02\_05
- Cameron, L., Leventhal, E., & Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12, 171-179. doi: 10.1037/0278-6133.12.3.171
- Carr, T., Moss, T., & Harris, D. (2005). The DAS24: A short form of the Derriford Appearance Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal Of Health Psychology*, 10, 285-298. doi:10.1348/135910705X27613
- Carver, S. & Scheier, F. (1998). *On the Self-regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice* (pp. 38-46). New York, NY: Guilford Press.
- Clarke, A. (1999). Psychosocial aspects of facial disfigurement: Problems, management and the role of a lay-led organization. *Psychology, Health & Medicine*, 4, 127-142. doi:10.1080/135485099106270

- Clarke, A., Thompson, A., Jenkinson, E., Rumsey, N., & Newell, R. (2014). *CBT for Appearance Anxiety – Psychosocial Interventions for Anxiety due to Visible Difference*. United Kingdom: Wiley Blackwell
- Csukly, G., Telek, R., Filipovits, D., Takács, B., Unoka, Z., & Simon, L. (2010). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 42, 129-137. doi:10.1016/j.jbtep.2010.08.003
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa: Circulo de Leitores
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian Journal Of Plastic Surgery*, 43, 200-205. doi:10.4103/0970-0358.73452
- Deno, M., Tashiro, M., Miyashita, M., Asakage, T., Takahashi, K., Saito, K., &... Ichikawa, Y. (2010). The mediating effects of social support and self-efficacy on the relationship between social distress and emotional distress in head and neck cancer outpatients with facial disfigurement. *Psycho-Oncology*, 21, 144-152. doi: 10.1002/pon.1877
- Die-Trill, M. & Straker, N. (1992). Psychological adaptation to facial disfigurement in a female head and neck cancer patient. *Psycho-Oncology*, 1, 247-251. doi: 10.1002/pon.2960010407
- Diefenbach, A. & Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representations: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5, 11-38. doi: 10.1007/BF02090456
- Dropkin, M. (1999). Body Image and Quality of Life After Head and Neck Cancer Surgery. *Cancer Practice*, 7, 309-313. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.76006.x
- Edwards, C., Feliu, M., Johnson, S., Edwards, L., Wellington, C., McDougald, C., & ... Baer, R. (2008). Beyond The Care of Sepsis, Pain, and Disfigurement: Case of Psychological Reactions to Chemical Burn in an African American Patient with Extensive Psychiatric History. *Journal Of African American Studies*, 12, 243-265. doi:10.1007/s12111-008-9050-9
- Elks, M. (1990). Another Look at Facial Disfigurement. *Journal of Rehabilitation*, 56, 36-40. Retrieved from [http://www.thefreelibrary.com/\\_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427](http://www.thefreelibrary.com/_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427)
- Feragen, K., Kvaem, I. L., Rumsey, N., & Borge, A. H. (2010). Adolescents with and without a facial difference: The role of friendships and social acceptance in perceptions of appearance and emotional resilience. *Body Image*, 7, 271-279. doi:10.1016/j.bodyim.2010.05.002

- Figueiras, M. (2008). A relevância dos modelos de senso-comum da doença para a adesão terapêutica. *Revista Factores de Risco*, 11, 38-41. Retrived from [www.spc.pt/SPC/AreaCientifica/publicacoes/rfr/artigo.aspx?id=02f1r9orf](http://www.spc.pt/SPC/AreaCientifica/publicacoes/rfr/artigo.aspx?id=02f1r9orf)
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I-Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, 2, 209-218. Retrived from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a11.pdf>
- Gonçalves, C. (2014). A Terapia Cognitiva e a Teoria cognitiva da Emoção de Lazarus. (tese de mestrado). Retrived from <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/841/1/carloshenriquegoncalves.pdf>
- Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. (3rd. Ed.). Porto: Edições Afrontamento
- Gough, B., Seymour-Smith, S., & Matthews, C. (2016) Body Dissatisfaction, Appearance Investment, and Wellbeing: How Older Obese Men Orient to “Aesthetic Health”. *Psychology of Men & Masculinity*, 17, 84-91. doi: 10.1037/men0000012
- Hagedoorn, M., & Molleman, E. (2006). Facial disfigurement in patients with head and neck cancer: The role of social self-efficacy. *Health Psychology*, 25, 643-647. doi: 10.1037/0278-6133.25.5.643
- Hansen, E., & Butler, P. (2012). Challenges in Healthcare Provision in the United Kingdom. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (Eds.). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.47-62). United Kingdom: Oxford University Press.
- Harris, D. (1997). Types, causes and physical treatment of visible differences. In Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., & Partridge, J. (Eds.), *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.79-101). London: Butterworth Heinemann.
- Henderson, C., Orbell, S., & Hagger, M. (2009). Illness Schema Activation and Attentional Bias to Coping Procedures. *Health Psychology*, 28, 101-107. doi: 10.1037/a0013690
- Henry, S. (2011). Disfigurement and visible difference: The impact upon personal and personality development and the implications for therapy. *Person-Centered And Experiential Psychotherapies*, 10, 274-285. doi:10.1080/14779757.2011.626635
- Henry, S. (2011). Disfigurement and visible difference: The impact upon personal and personality development and the implications for therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10, 274-285. doi: 10.1080/14779757.2011.626635

- Hofer J., Bush, H. & Kartner, J. (2010) Self-regulation and Well-being: The Influence of Identity and Motives. *European Journal of Personality*, 25, 211-224. doi: 10.1002/per.789
- Islam, S., Ahmed, M., Walton, G. M., Dinan, T., & Hoffman, G. (2010). The association between depression and anxiety disorders following facial trauma - A comparative study. *Injury*, 41, 92-96. doi:10.1016/j.injury.2009.07.012
- Jankowski, G., Diedrichs, P., & Halliwell, E. (2014). Can Appearance Conversations Explain Differences Between Gay and Heterosexual Men's Body Dissatisfaction? *Psychology of Men & Masculinity*, 15, 68-77. doi: 10.1037/a0031796
- Kent, G. (2000). Understanding the experiences of people with disfigurements: An integration of four models of social and psychological functioning. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 117-129. doi: 10.1080/713690187
- Kent, G., & Keohane, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 23-34. doi: 10.1348/014466501163454
- Kiecolt-Glaser, J., & Williams, D. (1987). Self-blame, compliance, and distress among burn patients. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 53, 187-193. doi:10.1037/0022-3514.53.1.187
- Klein, J, & Gonçalves, A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10, 113-120. doi: 10.1590/S1413-82712005000200002
- Krishna, S. (2009). Disfigurement: Psychosocial Impact and Coping. *Open Dermatology Journal*, 3, 354-57. doi: 10.2174/1874372200903010054
- Leary, M. & Tangney, J. (2nd Ed.), *Handbook of Self and Identity* (pp.69-104). New York: The Guilford Press
- Leivas, C. (2007). A teoria da representação cognitiva de Hobbes. *Ciências & Cognição*, 12, 192-202. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v12/v12a18.pdf>
- Leventhal, H. & Cameron, D. (2003). *The Self- Regulation of Health and Illness Behavior*. London: Routledge.
- Leventhal, H. & Mora, P. (2008). Predicting Outcomes or Modeling Process? Commentary on the Health Action Process Approach. *International Association of Applied Psychology*, 57, 51-65. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00322.x

- Leventhal, H.; Phillips, L., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 935-946. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2
- Macedo, L., & Silveira, A. (2012). Self: Um Conceito em Desenvolvimento. *Paidéia*, 22, 281-289. doi: 10.1590/S0103-863X2012000200014
- Maclachlan, M., Mháille, G., Gallagher, P., & Desmond, D. (2012). Embodiment and Appearance. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (Eds.). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.23-35). United Kingdom: Oxford University Press.
- MacPherson, K., Kayes, M. & Weathrall, M. (2009). A pilot study of self-regulation informed goal setting in people with traumatic brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 23, 296-309. doi: 10.1177/0269215509102980
- Maddern, L., Cadogan, J., & Emerson, M. (2006). 'Outlook': A Psychological Service for Children with a Different Appearance. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 11, 431-443. doi:10.1177/1359104506064987
- Martin, C., & Newell, R. (2005). Is the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) confounded by scoring method in individuals with facial disfigurement? *Psychology & Health*, 5, 651-659. doi: 10.1080/14768320500060061
- Matschke, C., & Sassenberg, K. (2012). I Want to Be Like You Self-Regulation in the Development of the Social Self. *Social Psychology*, 43, 115-126. doi: 10.1027/1864-9335/a000090
- Matschke, C., & Sassenberg, K. (2012). I Want to Be Like You Self-Regulation in the Development of the Social Self. *Social Psychology*, 43, 115-126. doi: 10.1027/1864-9335/a000090
- McGrouther, D. (1997). Facial Disfigurement. *BMJ*, 314-991. doi: 10.1136/bmj.314.7086.991
- Moolenburgh, S., Mureau, M., Versnel, S., Duivenvoorden, H., & Hofer, S. (2009). The impact of nasal reconstruction following tumour resection on psychosocial functioning, a clinical-empirical exploration. *Psycho-Oncology*, 18, 747-752. doi:10.1002/pon.1459
- Morris, P., Bradley, A., Doyal, L., Earley, M., Hagen, P., Milling, M., & Rumsey, N. (2007) Face Transplantation: A Review of the Technical, Immunological; Psychological and Clinical Issues with Recommendations for Good Practice. *Transplantation*, 83, 109-128. doi: 10.1097/01.tp.0000254201.89012.ae
- Morris, P.; Bradley, A.; Doyal, L.; Earley, M.; Hagen, P.; Milling, M. & Rumsey, N. (2007) Face Transplantation: A Review of the Technical, Immunological; Psychological and Clinical

- Issues with Recommendations for Good Practice. *Transplantation*, 83, 109-128. doi: 10.1097/01.tp.0000254201.89012.ac.
- Moss, T. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2, 151-159. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.004
- Moss, T. P., & Harris, D. L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: A prospective controlled outcome study. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 567-572. doi:10.1080/13548500903112374
- Moss, T., & Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychology & Health*, 19, 737-748. doi:10.1080/08870440410001722967
- Moss, T., & Rosser, B. (2012). The Moderated Relationship of Appearance Valence on Appearance Self Consciousness: Development and Testing of Measures of Appearance Schema Components. *Plos One*, 7, e506205. doi: 10.1371/journal.pone.0050605
- Moss, T., Lawson, V., White, P., & The Appearance Research Collaboration (2014). Salience and Valence of Appearance in a Population with a Visible Difference of Appearance: Direct and Moderated Relationships with Self-Consciousness, Anxiety and Depression. *PLoS ONE*, 9, e88435. doi:10.1371/journal.pone.0088435
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8, 21-36. Retrived from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3424/1/LP\\_8\\_21-36.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3424/1/LP_8_21-36.pdf)
- Neves, S., & Faria, L. (2009). Auto-conceito e Auto-Eficácia: Semelhanças, Diferenças, Inter-Relação e Influência no Rendimento Escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 206-218. Retrived from [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1330/2/206-218\\_%20FCHS06-5.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1330/2/206-218_%20FCHS06-5.pdf)
- Newell, R. (1999). Altered body image: a fear-avoidance model of psycho-social difficulties following disfigurement. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1230-1238. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01185.x
- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, Self-Concept, and Identity. In Leary, M. & Tangney, J. (2sd Ed.), *Handbook of Self and Identity* (pp.69-104). New York: The Guilford Press

- Partridge, J. (1997). Living visibly different: a summary. In Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., & Partridge, J. *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.67-73). London: Butterworth Heinemann.
- Partridge, J. (2003). *Changing Faces: The challenge of facial disfigurement* (4<sup>th</sup> ed.). London: A changing Faces Publication
- Partridge, J. (2010). Psycho-social reflections on craniofacial morphogenesis. *Seminars In Cell & Developmental Biology*, 21, 333-338. doi:10.1016/j.semcdb.2010.01.006
- Pedro, L., Pais-Ribeiro, J., & Pinheiro, J. (2012). Programa de Intervenção Segundo o Modelo de Auto-Regulação na Esclerose Múltipla. *Actas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Retrieved from: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=564270](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=564270)
- Pettinelli, M. (2012). *The Psychology of Emotions, Feelings and Thoughts*. Virginia: Creative Commons Attribution
- Pruzinsky, T. (2004). Body Image Adaptation to Reconstructive Surgery for Acquired Disfigurement. In Cash, T., & Pruzinsky, T. (Eds.). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, & Clinical Practice* (pp.440-449). New York: The Guilford Press
- Quelhas, C., Cláudio, V. Costa, N. (1989). Psicopatologia Cognitiva. *Análise Psicológica*, 7, 377-381. Retrieved from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2192/1/1989\\_123\\_377.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2192/1/1989_123_377.pdf)
- Rahzani, K. K., Taleghani, F. F., & Nasrabadi, A. (2009). Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: Consequences and strategies - A qualitative study. *Burns*, 35, 875-881. doi:10.1016/j.burns.2008.11.003
- Rayber, M., Kauntze, C., & Sayers, L. (2017). Existential Experimentation: From being and doing to an approach that addresses the theme of 'Insider and Outsider'. *Journal of the Society for Existential Analysis*, 28, 66-81. Retrieve from [http://www.easewellbeing.co.uk/PDF\\_Downloads/SEA%20Journal%202017%20Insider%20Outsider.pdf](http://www.easewellbeing.co.uk/PDF_Downloads/SEA%20Journal%202017%20Insider%20Outsider.pdf)
- Rider, D. & Wit, J. (2006). Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. In *Self-Regulation in Health Behavior* (pp.1-23). England: John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/9780470713150.ch1
- Robinson, E. (1997). Psychological research on visible differences in adults. In Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., & Partridge, J. *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.102-111). London: Butterworth Heinemann.

- Rosser, B. A., Moss, T., & Rumsey, N. (2010). Attentional and interpretative biases in appearance concern: An investigation of biases in appearance-related information processing. *Body Image*, 7, 251-254. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.007
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance*. Engand: Open University Press.
- Rumsey, N., Clarke, A., White, P. Wyn-Williams, M., & Garlick, W. (2004). Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 446-453. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03227.x
- Santos, V. (2013). Representações de senso comum e autogestão da doença oncológica: revisão sistemática da literatura (Tese de mestrado). Retrived from: [https://sigarra.up.pt/fcup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=612971](https://sigarra.up.pt/fcup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=612971)
- Smith, J.; Smith, K. & Rainey, S. (2006). The Psychology of Burn Care. *Journal of Trauma Nursing*, 13, 105-106. Retrived from [http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=670628](http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=670628)
- Smith, K., Wang, D. Plotkin, S., & Park, E. (2013). Appearance concerns among women with neurofibromatosis: examining sexual/bodily and social self-consciousness. *Psycho-Oncology*, 22, 2711-2719. doi: 10.1002/pon.3350
- Soni, C. V., Barker, J. H., Pushpakumar, S. B., Furr, L., Cunningham, M., Banis, Jr. J., & Frank, J. (2010). Psychosocial considerations in facial transplantation. *Burns*, 36, 959-964. doi:10.1016/j.burns.2010.01.012
- Stone, A. & Wright, T. (2012). Evaluations of People Depicted With Facial Disfigurement Compared to Those With Mobility Impairment. *Basic and Applied Social Psychology*, 34, 212-225. doi: 10.1080/01973533.2012.674420
- Strongman, K. (2004). *A psicologia da emoção (2sd Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*. pp. 351-357. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.023.
- Swami, V., Taylor, R., & Carvalho, C. (2011). Body dissatisfaction assessed by the Photographic Figure Rating Scale is associated with sociocultural, personality, and media influences. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 57-53. doi: 10.1111 / j.1467-9450.2010.00836.x
- Tagkalakis, P., & Demiri, E. (2009). A fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 22, 203-207. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188186/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-22-203.pdf>

- Thombs, B.; Notes, L.; Lawrence, J.; Magyar-Russell, G.; Bresnick, M. & Fauerbach, J. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 205-212. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.003
- Tiggemann, M., & Sleviec, J. (2012). Appearance in Adulthood. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (Eds.). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.47-62). United Kingdom: Oxford University Press.
- Trzepacz, P & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiatrico do Estado Mental*. Lisboa: Climepsi Editores
- Turner, J., Goodin, J., & Lokey, C. (2012). Exploring the Roles of Emotions, Motivations, Self-Efficacy, and Secondary Control Following Critical Unexpected Life Events. *Journal of Adult Development*, 19, 215-227. doi: 10.1007/s10804-012-9148-0
- Vaz Serra, A. (1986). O «Inventário Clínico de Auto-Conceito». *Psiquiatria Clinica*, 7, 67-84. Retrieved from <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/188/1/O%20Invent%C3%A1rio%20Cl%C3%ADnico%20de%20Auto-Conceito,%20p%5B1%5D.%2067-84,%201986.pdf>
- Vaz-Serra (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2, 101-110. Retrived from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988\\_2\\_101.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988_2_101.pdf)

## ESTUDO EMPÍRICO

### Artigo I. Desfiguramento Facial Adquirido: breve revisão narrativa

**Artigo publicado:** Mendes, J. & Figueiras, M. (2013). Desfiguramento Facial Adquirido: breve revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 484-501. doi:10.15309/13psd140309

**RESUMO** - Em 2010, o Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE) indicou que anualmente se realizam cerca de 40 000 médias e grandes cirurgias reconstrutiva e estética. Apesar da sua etiologia, justifica-se uma maior dedicação na investigação de indivíduos que por trauma ou doença perderam a sua “identidade” apresentando um desfiguramento facial. Pretende-se com o presente artigo apresentar uma breve contextualização que descreva o desenvolvimento sobre o desfiguramento facial adquirido causado pela doença (cancro cabeça e pescoço) ou originado pelo trauma (queimados, agressão, outros), recorrendo a literatura publicada em livros e artigos científicos, fazendo também referência a instrumentos validados para a população portuguesa que permitem avaliar o investimento da imagem corporal (ASI-R) e avaliar a autoconsciência da aparência (DAS-24). Referenciar as necessidades e questões psicossociais mais comuns, o tipo de intervenção, a importância do apoio social e quais as estratégias de *coping* mais frequentes no ajustamento ao desfiguramento facial adquirido.

Palavras-chave- desfiguramento facial, avaliação, intervenção, *coping*

**ABSTRACT**- In 2010, the Portuguese Institute of Statistics (INE) pointed out that 40,000 medium and large reconstructive and aesthetic surgeries are performed annually. Regardless of its etiology, a stronger focus on investigating individuals that have lost their "identity" due to trauma or disease, thus featuring a facial disfigurement, is justified. The intention of this paper to present a brief context that describes the development of the acquired facial disfigurement caused by the disease (cancer of the head and neck) or originated by trauma (burns) using published literature in books and articles scientific, also making reference to instruments validated for the Portuguese population for assessing investment body image (ASI-R) and to evaluate the self-consciousness of appearance (DAS-24). Identify the need and psychosocial issues most common type of intervention, the importance of social support and coping strategies which frequently in adjustment to acquired facial disfigurement.

**Keywords:** facial disfigurement, assessment, intervention, coping

## INTRODUÇÃO

O interesse pela aparência facial tem mais de um século de história; Galton em 1883 desenvolveu o seu interesse pela aparência facial do criminoso (Rumsey & Harcourt, 2004). As autoras descrevem que o corpo e o rosto visivelmente diferente são frequentemente caracterizados ao mal da natureza humana, associando-os a mitos, monstros e contos de fadas.

A aparência do indivíduo é única (Harcourt & Rumsey, 2008); a face é a primeira forma de reconhecimento do ser humano (De Sousa, 2010), o rosto expressa a nossa personalidade, comunica ideias, exprime a intensidade das emoções (Adsett, 1963; Krishna, 2009); o rosto é fundamental para a compreensão da nossa identidade (Morris et al., 2007). Freitas e Gómez (2008) descrevem que a expressão facial é importante para a comunicação, e o autorreconhecimento é fundamental para a noção de identificação e habilidade de integração social (Adsett, 1963). De Sousa (2010) descreve a face como um componente vital da personalidade e imagem corporal.

A literatura identifica dois tipos de desfiguramento: o congénito e o adquirido. Contudo, a desfiguração facial adquirida, mais dividida entre o trauma e o desfiguramento gerado pelo cancro, tem recebido menos atenção que a desfiguração facial congénita (Bonanno & Choi, 2010). Apesar de o desfiguramento facial e a sua gestão terem recebido pouca atenção até aos anos 80, existe ainda pouca literatura na psicologia da saúde e clínica, contudo a interação social é descrita como uma dificuldade predominante, por ser alvo de comentários e intromissões indesejadas (Clarke, 1999).

Uma revisão bibliográfica de Rumsey e Harcourt (2004) indicam que os cuidados eram predominantemente baseados no modelo biomédico, fazendo referência também a estudos que indicavam a necessidade de ajustar e expandir o modelo biomédico de forma a oferecer uma melhor intervenção no ajustamento ao desfiguramento facial. Torna-se claro que a cirurgia não é suficiente e que os doentes precisam de ser capazes de descobrir que a medicina é apenas uma grande parte da solução para a sua desfiguração (Partridge, 2003). McGrouther (1997) mencionou que a pressão da moderna e cosmopolita sociedade influencia o indivíduo a procurar a aparência idealizada, tornando-se assim comum que o desfiguramento facial e a deformidade sejam uma causa comum do sofrimento humano, em que os indivíduos necessitam de aconselhamento e acompanhamento de forma a assumirem a sua “nova” identidade.

Intuitivamente, esperamos que a gravidade do desfiguramento influencie o ajustamento psicossocial. No entanto, estudos referem que os indivíduos com uma desfiguração leve podem ter mais dificuldade em se adaptar em comparação com os indivíduos que apresentam deformações mais graves (Moss, 2005). Apesar de a satisfação com a aparência facial entre o desfiguramento

congénito e adquirido ser semelhante, raramente atingem o nível de satisfação dos não desfigurados (Versnel, Duivenvoorden & Mathijssen 2010).

Estudos referem que ter uma aparência desfigurada pode levar a comportamentos de evitamento social (Moss & Carr, 2004; Moss & Harris, 2009; Tagkalakis & Demiri, 2009) e são propensos a sofrer de problemas incluindo: depressão, ansiedade, vergonha (Freitas & Gomez, 2008; Islam, Hooi & Hoffman, 2009; Moss & Carr, 2004; Rahzani, Taleghani & Nasrabadi, 2009), angústia emocional (Morris et al, 2007; Moss & Harris, 2009), raiva, humilhação (Rahzani, et al., 2009; Tagkalakis & Demiri, 2009), ansiedade social e isolamento (Bessel & Moss, 2007). É comum o stresse psicológico estar associado às lesões faciais, suscitando uma lista de comportamentos intrusivos de quem observa o indivíduo com desfiguramento facial adquirido (Gardiner et al., 2010).

#### *Desfiguramento Facial Adquirido*

Rumsey e Harcourt (2004) descrevem que o desfiguramento adquirido incluiu causas por trauma (acidentes, queimaduras), intervenção cirúrgica (cancro de cabeça e pescoço), doença (acne, cicatrizes), genética que predispõe a anomalias que se manifestam mais tarde (vitiligo) ou a ausência normal de processos de desenvolvimento. Excluindo a perturbação dismórfica corporal (DSM-IV-TR, 2002), pode definir-se o desfiguramento “pela diferença de uma norma culturalmente definida e que é visível para os outros” (Rumsey & Harcourt, 2005, p.88), tornando-se difícil responder à questão «o que constituiu o desfiguramento», porque o que pode ser considerado anormal por uma pessoa, pode não o ser para outra (Harcourt & Rumsey, 2008).

O desenvolvimento da imagem corporal está intimamente ligado à estruturação da identidade no seio de um grupo social, existindo assim a necessidade de compreender o significado, a história de vida pessoal e social, o apoio familiar e o estágio de desenvolvimento como fatores que influenciam a capacidade do indivíduo lidar com a sua condição (Bradbury, 2011), através das experiências e sensações obtidas em ações e reações às relações sociais que também contribuem para a estruturação da imagem corporal (Secchi, Camargo & Bertolo, 2009).

#### *Cancro Cabeça e Pescoço (HNC)*

O cancro cabeça e pescoço, envolve um grande grupo de tumores malignos, resultante da pele e subcutâneo (crânio, face, pescoço), vias aéreas superiores (cavidade nasal, rinofaringe), vias digestivas superiores (cavidade oral, glândulas salivares), pele da cabeça e pescoço entre outras regiões (Cordeiro & Stabenow, 2008; Holland & Rowland, 1990; Thambyrajah, Herold, Altman & Llewellyn, 2010). Apesar de todas as partes do corpo terem um significado psicológico, a área da cabeça e pescoço é central, alvo de maior atenção de todos, sendo o papel do psicólogo importante

para avaliar a personalidade do indivíduo e acompanhá-lo conforme a fase da doença e respectivo tratamento (Cordeiro & Stabenow, 2008).

Em 1963, Adsett descreveu que os indivíduos desfigurados devido ao cancro, apresentavam elevados níveis de ansiedade e reativavam os conflitos da infância, o medo do isolamento e a rejeição por parte dos outros poderia ser mais aterrorizante que a própria morte (Cordeiro & Stabenow, 2008; Holland & Rowland, 1990). A capacidade de atração, interação social e a expressão emocional dependem em grande medida das características faciais (Holland & Rowland, 1990), que são diminuídas devido à cirurgia para a remoção do tumor que causa o desfiguramento (Bonanno & Choi, 2010). No entanto, mesmo com o emprego de próteses sofisticadas, o desfiguramento “psicológico” representa um grande obstáculo à reintegração do indivíduo na sociedade (Cordeiro & Stabenow, 2008).

A adaptação do indivíduo ao cancro e seu tratamento é um processo dinâmico, influenciado por muitas variáveis psicológicas, sociais e fatores de desenvolvimento afetando a resposta de uma pessoa com desfiguramento facial (Pruzinsky, 2004). Este processo inicia-se com a descoberta da doença, progredindo durante o período pré-operatório para a crise de intervenção cirúrgica, mantendo-se no pós-operatório durante o período de convalescença (Adsett, 1963). Justo (2002) mencionou a necessidade de reduzir o sofrimento psicológico destes doentes (ansiedade, depressão) e atuar na prevenção de outros desajustamentos que possam ocorrer perante a evolução da doença.

Thambyrajah, et al., (2010) mencionam que a personalidade do doente com cancro desempenha um papel importante. Uma personalidade positiva (extroversão, otimismo e motivação) ajuda o doente a lidar com o seu diagnóstico e tratamento. Por outro lado, as reações emocionais negativas incluem regressão com dependência acentuada, ansiedade, depressão, hostilidade; e se for grave, estados paranoicos, hipocondria, negação, comportamento fóbicos, reações obsessivo-compulsivo e reações esquizofrênicas, envolvendo um medo terrível de morrer ou um medo de ficar mutilado (Adsett, 1963).

O ajustamento ao pós-operatório é delicado pela associação das neoplasias malignas na região da cabeça e pescoço a histórias anteriores, como o uso crônico de álcool e tabaco (Holland & Rowland, 1990). Estes autores reforçam ainda que o grau da perda estrutural e funcional está associado a uma recuperação mais lenta, maior isolamento social, menor autoestima e depressão pós-operatória. Recentemente, Harding e Moss (2012) descrevem a experiência do cancro da cabeça e pescoço como psicologicamente angustiante, sendo um problema significativo mesmo após a conclusão do tratamento.

### *Queimados*

A maioria dos acidentes causados pelas queimaduras têm origem em casa, Castana et al. (2008) afirmam que as escaldaduras, contacto com água a ferver, fogo e contacto com objetos quentes, as causas mais frequentes e as queimaduras por gases, produtos químicos, metais elétricos, cera líquida, elétricas e congelação como as que ocorrem com menos frequência (Shan, Hafeez & Mehmood, 2010). As queimaduras são uma experiência extremamente stressante (Castana et al. 2008), devastadora, súbita, imprevisível (Alvi, Assad, Aurangzed & Malik, 2009), são descritas como um trauma inesperado (Tagkalakis & Dimitri, 2009). Os doentes com queimaduras extensas frequentemente morrem (Castana et al. 2008) e os sobreviventes com lesões menores apresentam uma recuperação física lenta e dolorosa (Tagkalakis & Demiri, 2009), passando por uma série de tratamentos após o acidente, tendo como prioridade controlar possíveis infeções (bactérias) e dor (Rumsey & Harcourt, 2005).

As queimaduras faciais podem ter um impacto significativamente superior na autoimagem e processo psicossocial em relação a queimaduras noutras áreas do corpo (Stubbs, et al. 2011), sendo a recuperação após uma queimadura um processo de adaptação física, psicológica e social (Alvi, Assad, Aurangzed & Malik, 2009). Este processo de adaptação é afetado por fatores relacionados com o indivíduo, o ambiente social (Pomahac et al., 2011; Tagkalakis & Demiri, 2009) e se a causa da lesão é atribuída às ações ou não ações do indivíduo, membro da família ou a outra pessoa presente quando o acidente, tornando as emoções e o stresse associado a essas circunstâncias difíceis de se resolverem (Rumsey & Harcourt, 2005).

Pessoas com desfiguramento facial causado pelas queimaduras apresentem frequentemente movimentos limitados, que distorcem as expressões faciais e impedem a “leitura” de emoções (Pomahac et al., 2011). Estes indivíduos são submetidos a repetidas agressões visuais e verbais, intrusão/invasão da sua privacidade, pena, desgosto, podendo gerar vergonha, impotência, raiva, humilhação, ansiedade, depressão, comportamento regressivo (Alvi, Assad, Aurangzed & Malik, 2009; Castana et al. 2008; Gonçalves, Echevarria-Guanilo, De Carvalho, Miasso & Rossi, 2011; Tagkalakis & Demiri, 2009), perturbações do sono, medo, dor, fobias (Shan, Hafeez & Mehmood, 2010; Smith, et al., 2006) e podem desenvolver perturbações psiquiátricas (Alvi, Assad, Aurangzed & Malik, 2009).

O ajustamento às queimaduras são um processo complexo e multifacetado que ocorre ao longo do tempo, envolvendo uma combinação de fatores sociais, características intrínsecas ao indivíduo (personalidade, resiliência e otimismo), localização da queimadura, tipo de intervenção cirúrgica e a perceção que o indivíduo tem do grau de severidade perante os outros (Rumsey &

Hardcourt, 2005; Gonçalves et al. 2011; Thombs, et al. 2008), tornando as necessidades do doente queimado difíceis de compreender (Smith, Smith & Rainey, 2006). O impacto biopsicossocial no indivíduo com queimadura grave inicia-se no momento da lesão e estende-se ao longo de toda a vida (Alvi, Assad, Aurangzed & Malik, 2009; Shan, Hafeez & Mehmood, 2010).

#### *Instrumentos de Avaliação*

A maioria dos inventários e testes psicométricos padronizados são resistentes à distorção da realidade relatada pelo indivíduo, tornando-se inflexíveis (Lansdown, Rumsey, Bradbury, Carr & Partridge, 1997). Carr (2005) mencionou qual a forma de superar estas limitações, apontando a utilização de entrevistas clínicas como uma avaliação mais flexível, complementando os instrumentos. Este autor em 1997, mencionou a falta de instrumentos adequados para medir o estado psicológico e a mudança perante um desfiguramento, menciona também a ausência de medidas adequadas, impedindo o desenvolvimento de novas abordagens ao tratamento e a uma avaliação eficaz (Lansdown, et al., 1997).

O reconhecimento destas limitações resultaria na construção de um instrumento com adequadas medidas de avaliação da aparência (Carr, Harris & James, 2000) complementando alguns instrumentos que abordavam a perceção da aparência e a imagem corporal de uma forma muito superficial, apresentando limitações na sua aplicabilidade, validade e um desenvolvimento psicométrico limitado. Brill, Clarke, Veale e Butler (2006) referem que o processo de avaliação deve iniciar-se com um processo de educação e preparação psicológica, de forma a resolver questões do trauma original, que sejam despertadas pelo início do processo terapêutico.

A utilização de instrumentos como Appearance Schemas Inventory (ASI-R) e Derriford Appearance Scale (DAS) entre outras novas medidas padronizadas, podem ajudar a compreender os mecanismos do indivíduo no ajustamento ao processo terapêutico, permitindo compreender/conhecer como o indivíduo se percebe quanto à sua aparência e imagem corporal.

O inventário original Appearance Schemas Inventory (ASI), desenvolvido por Cash e Labarge em 1996, permite avaliar o investimento da imagem corporal, incluindo crenças ou pressupostos da importância, significado e a influência que a aparência tem para o indivíduo ao longo da vida (Cash, 2003; Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010).

O ASI-R surge derivado das limitações encontradas na aplicação do instrumento ASI, nomeadamente o facto de não permitir discriminar os dois géneros, possuir poucos itens comportamentais que fazem referência a esquemas sociais em vez de pessoais e algumas questões serem consideradas confusas (Nazaré, et al, 2010). A partir da resposta a este instrumento, composto por 20 itens que são respondidos com base numa escala de Likert de 5 pontos

(1=Discordo fortemente até 5=Concordo fortemente), oscilando a pontuação final total e de cada subescala entre 1 e 5; pretende-se avaliar duas facetas do investimento esquemático na aparência: saliência auto-avaliativa e saliência motivacional, obtido da pontuação ASI-R (Cash, 2003). Cash em 2002 defendeu que este instrumento avalia apenas uma das dimensões associadas à imagem corporal, não permitindo medir na totalidade este constructo multidimensional (Nazaré, et al., 2010).

A versão portuguesa da ASI-R apresenta características idênticas à ASI-R original (Cash, 2003; Moreira & Canavarro, 2010).

*Quadro1 – Características psicométricas do ASI-R original e ASI-R versão portuguesa*

Consistência Interna do ASI-R e Subescalas			
ASI-R Português		ASI-R Original	
ASI-R Composta	0,89	ASI-R Composta	0,89
Saliência Auto-avaliativa	0,85	Saliência Auto-avaliativa	0,83
Saliência Motivacional	0,82	Saliência Motivacional	0,90

DAS-59 e DAS-24- A DAS-59 (Derriford Appearance Scale) teve como objetivo desenvolver uma escala de autorrelato válida e confiável que avalia o sofrimento e as dificuldades em viver com um problema de aparência; podendo ser utilizada com populações clínicas e não clínicas e facilitar a tomada de decisão clínica e de investigação através da padronização, sensibilidade e a discriminação (Carr, et al., 2000). A DAS-59 surgiu da sequência de dois estudos com outras escalas que permitiram selecionar quais as questões pertinentes para a sua construção. Um terceiro estudo permite o desenvolvimento de uma escala confiável e válida para avaliar as dificuldades experimentadas por indivíduos que vivem com um problema de aparência.

A escala é altamente homogénea e mede um constructo subjacente a que os autores denominam de “autoconsciência da aparência” (Carr, et al., 2000). A estrutura fatorial da escala é estável e transversal às populações e reflete um fator geral “autoconsciência da aparência”, com 59 itens distribuídos em quatro dimensões adicionais: autoconsciência da aparência em situações sociais, autoconsciência das características sexualmente significativas do corpo, baixa autoestima e autoconsciência das características faciais (Carr, et al., 2000).

A DAS-24, constituída por 24 itens numa escala de autorresposta, tipo Likert, com várias opções de resposta, teve como objetivo desenvolver uma versão curta da DAS-59, mas que seja psicometricamente robusta e amplamente aplicável, mantendo uma relação forte com a escala

original. A DAS-24 apresenta uma correlação entre os valores totais da escala (0,88) demonstrando boa confiabilidade no teste e re-teste (população clínica (0,82) e para a população geral (0,88), o que indica a sua aplicabilidade com confiança em contextos onde existe pressão de tempo e não seja necessária a estrutura fatorial da DAS-59 (Carr, Moss & Harris, 2005). O alfa de Cronbach (0,92) indica uma boa consistência interna (Moss et al. 2010).

Em 2007, Moreira e Canavarro adaptaram a DAS-24 para a população portuguesa. Apesar de os estudos psicométricos ainda serem desconhecidos, as autoras apresentam dois estudos que ostentam boas características psicométricas. Aplicaram a DAS-24 na análise psicométrica da Body Image Scale (BIS), obtendo um alfa de Cronbach 0,80, numa amostra de 173 mulheres com cancro da mama no pós-operatório (Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2010). Posteriormente em 2011, Moreira e Canavarro estudaram a associação entre a autoconsciência da aparência e o ajustamento psicológico, tendo obtido um alfa Cronbach 0,86, num grupo de mulheres com um diagnóstico recente de cancro da mama e um alfa de Cronbach 0,91, num grupo de mulheres sobreviventes do cancro da mama.

### *Intervenção*

Como seres sociais, a comunicação com o mundo é vital para nossa saúde, bem-estar e sobrevivência, mas de todas as deficiências físicas, nenhuma é tão devastadora como o desfiguramento facial (Soni, et. al. 2010). Assim, não existindo uma relação linear entre o grau de deformação e o grau de sofrimento, existe a necessidade de identificar estratégias cognitivas disfuncionais (negação, evitação, projeção, outras), desenvolver estratégias úteis de forma a auxiliar os processos de adaptação e autoaceitação (Bradbury, 2011).

Em 1963, Adsett menciona que o apoio emocional para o doente durante o diagnóstico, a preparação psicológica no pré-operatório para a cirurgia e os efeitos posteriores têm sobre a sua vida futura são de extrema importância. Considera-se fundamental compreender a relevância de uma intervenção multidisciplinar de forma a alcançar novas estratégias que permitam melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

### *Intervenção médica/cirúrgica e a importância do apoio social*

Embora os objetivos primários do tratamento após o trauma ou diagnóstico da doença sejam preservar a vida, restaurar a função vital e conter/diminuir futuros problemas da doença (Rumsey & Harcourt, 2005), os avanços da medicina, permitem oferecer a possível retoma da identidade do sujeito através de grandes avanços na área da intervenção cirúrgica reconstrutiva e estética (Soni, et al. 2010).

Por outro lado, e apesar de controverso, o transplante facial é proposto como um dos maiores avanços na cirurgia de reconstrução facial, tendo-se realizado o primeiro transplante em França no ano 2005 (Brill, et al., 2006), sendo o transplante facial uma excelente alternativa aos tratamentos atuais para o desfiguramento facial causado por queimaduras, cancro ou malformações congénitas (Soni, et al. 2010).

Perante a existência de uma intervenção cirúrgica, Pruzinsky (2004) menciona cinco períodos específicos para o processo de adaptação à cirurgia: pré-desfiguração, desfiguração adquirida, reconstrução cirúrgica inicial, cirurgia reconstrutiva subsequente e resultado final da cirurgia. O primeiro processo é influenciado por variáveis individuais (grau de investimento/avaliação da aparência, habilidades sociais, suporte social, etc.); o segundo processo pode ser influenciado por fatores tais como causa, localização e grau do desfiguramento; o terceiro processo envolve esperança e antecipação, contudo elevadas expectativas irreais ou compreensão insuficiente dos riscos cirúrgicos, pode influenciar a adaptação dos doentes para os resultados cirúrgicos; o quarto processo é influenciado por múltiplos estágios/cirurgias de forma a reconstruir a face, por último existe a adaptação à imagem corporal, sendo desconhecidas as considerações do indivíduo perante a imagem corporal (Pruzinsky, 2004).

Harris (1997) descreve que a cirurgia reconstrutiva de um desfiguramento grave tem associados riscos/complicações que podem produzir um resultado menos satisfatório. Este autor aponta que a maior limitação da cirurgia reconstrutiva em doentes com queimaduras extensas é a colocação da pele apropriada de forma a melhor as qualidades estéticas da aparência do indivíduo. Assim, torna-se claro de que a cirurgia por si só, não é suficiente, exigindo uma intervenção multidisciplinar e um aconselhamento informado. Segundo McGrouther (1997) estas lacunas são preenchidas por grupos de apoio aos doentes (auxiliares, centros de convívio, comunidade) e não por profissionais de saúde.

As dificuldades físicas em redor da perda de função ou cicatrizes dolorosas podem ainda exacerbar sentimentos de ansiedade e depressão, exigindo a necessidade de intervenções psicossociais (Bessel & Moss, 2007), revelando-se importante compreender os problemas de interação social na perspetiva do indivíduo e dos que o rodeiam. Colocam-se várias questões psicológicas perante o desfiguramento facial adquirido (De Sousa, 2010), existindo a necessidade de um maior envolvimento dos psicólogos em compreender os desafios dos indivíduos que experienciam algum tipo de desfiguramento facial (Partridge, 2010).

Vários estudos têm sido realizados nas últimas décadas (Moss, 1997; Rumsey, Clarke & Musa, 2002) mencionando o apoio social como eficaz, por se aproximar das necessidades

individuais da pessoa com desfiguramento facial, exigindo aos profissionais de saúde planejamentos eficazes na reabilitação.

Clarke (1999) descreve a importância do apoio social na previsão do sucesso, relatando vários estudos que demonstram um ajustamento positivo a um desfiguramento “grave” quando inseridos num ambiente favorável ou vivem dentro de uma comunidade de apoio onde são bem-recebidos.

Estratégias que propiciem a habilidade social, têm sido identificadas como potencialmente benéficas (Rumsey & Harcourt, 2004) na intervenção de indivíduos com desfiguramento facial. As mesmas autoras indicam que as intervenções cognitivas comportamentais influenciam a redução dos níveis de ansiedade e melhoram a percepção da imagem corporal.

### *Questões psicossociais*

Ao longo das nossas vidas, a maioria de nós esforça-se por se apresentar perante os outros o melhor possível e ao fazê-lo reconhecemos implicitamente o quanto a aparência física contribui para as impressões que os outros têm de nós, mesmo que tenhamos a consciência de que essas impressões possam ser modificadas posteriormente (Rumsey & Harcourt, 2004). A aparência é fundamental para as experiências do indivíduo e respetiva interação social (Carr, Harris & James, 2000), assim o desfiguramento causado por malformações congénitas, doença (e seu tratamento), trauma e queimaduras colocam os indivíduos desfigurados em desvantagem social, apresentando dificuldades de interação social e interpessoal, estigmatização e isolamento (Rahzani, et al. 2009; Rumsey, 1997).

Estudos indicam que as dificuldades mais frequentes se referem à auto-perceção negativa e dificuldade na interação social incluindo insultos, olhares e questões sobre a sua aparência, aumentando o isolamento (Bessel & Moss, 2007). Estes problemas frequentemente envolvem emoções negativas (ansiedade social), processos de pensamento mal adaptativos (medo de uma avaliação social negativa) e auto-perceções desfavoráveis (baixa autoestima e imagem corporal desfavorável) que desenvolvem padrões de comportamentos negativos afetando a interação social (Rumsey & Harcourt, 2004).

A integração bem-sucedida da imagem corporal depende não só da experiência do indivíduo. Brill, Clarke, Veale e Butler (2006) mencionam os fatores sociais (família, amigos, outros) importantes nas interações e exposição do desfiguramento, em que os comentários negativos são os problemas mais comuns no relacionamento com os outros (Rumsey et al. 2004).

Partridge (2003) considera que o papel de toda a família é importante em todo o processo

terapêutico, o trauma e o luto pela perda da anterior aparência devem ser considerados como uma experiência familiar. Tendo a família um papel predominante, deve entender que o apoio psicológico é fundamental para a reabilitação e deverá ser acompanhada rotineiramente em todas as fases do processo de recuperação do indivíduo com desfiguramento facial (Brill et al. 2006).

Investigação tem demonstrado que indivíduos com diferenças visíveis experienciam os mesmos medos e evasão de questões relacionadas com situações sociais (Bessel & Moss, 2007). A desfiguração pode deixar profundas impressões psicológicas tais como: efeitos adversos sobre a imagem corporal, qualidade de vida e autoconfiança, tornando difícil as interações sociais, existindo a necessidade de intervir na sociedade, consciencializando o desfiguramento facial e possíveis consequências, no intuito de alterar crenças, valores e representações sociais existentes (Rahzani, et al. 2009).

### *Questões psicológicas*

O estado psicológico do indivíduo após um trauma facial deve ser considerado nos cuidados do indivíduo, existindo uma percentagem considerável de sintomas stress pós-traumático (Islam, Ahmed, Walton, Dinan, & Hoffman, 2012). No entanto, Versnel, Duivenvoorden, Passchier e Mathijssen (2010) descrevem que a satisfação com a aparência em indivíduos com uma deformidade congénita ou adquirida é semelhante, mas que raramente atingem o mesmo nível de satisfação. Estas diferenças podem ser descritas pela aprendizagem do indivíduo ao longo do tempo após o trauma, que Partridge (2010) descreve como uma forma de enfrentar o desafio de ter um desfiguramento facial grave, o indivíduo olha para si próprio com os olhares de outros e em seguida lança-se para o seio da sociedade.

A estrutura da autoestima e autoimagem de um indivíduo (Cash & Pruzinsky, 2004), a perceção do suporte social (Clark, 1999; Bradbury, 2011; Rumsey & Harcourt, 2004), a personalidade do indivíduo (De Sousa, 2010), as estratégias de coping (Bradbury, 1997), os níveis de bem-estar psicológico (e.g. ansiedade e depressão), a ansiedade social (Islam, et al. 2010; 2012), a resposta motivacional (Doering, Conrad, Rief & Exner, 2011), os sentimentos de vergonha (Adsett, 1965) e o autoconceito (Moss & Carr, 2004; Vaz-Serra, 1985), são características que ajudam o indivíduo a reagir ao desfiguramento facial causado pelo trauma.

A preparação psicológica para o doente e a família durante o pré-operatório e o pós-operatório é caracterizado como um desafio. Propõe-se um plano detalhado enfatizando o retorno precoce à função originando subseqüentes problemas psicológicos, incluindo a imagem corporal, ansiedade, vergonha, depressão, comunicação e comportamentos evasivos (Brill, et al., 2006). No entanto, a falta de intervenção nos indivíduos que apresentem desfiguramento facial, ostenta níveis

elevados de stress psicológico, atribuídos inicialmente a um acontecimento traumático, que sem o apoio necessário têm dificuldades em aceitar o desfiguramento facial aumentando a ansiedade e a depressão (Islam, et al. 2010). Os princípios da terapia cognitivo e comportamental, são uma proposta de intervenção fundamental para o pós-operatório (Brill, et al., 2006).

De Sousa (2010) descreveu sinais e sintomas a referir quando a necessidade de uma avaliação psiquiatra a um doente com desfiguramento facial adquirido: raiva, irritabilidade, pobre rede social, desesperança na recuperação, depressão, perda de emprego, problemas de sono, dor crónica, poucos recursos financeiros, entre outros.

Estudos apresentam que os indivíduos que lidam bem com o desfiguramento têm maiores níveis de autoestima derivados da perceção da aparência física (Morris, et al. 2007).

É indispensável compreender os fatores que influenciam o ajustamento ao desfiguramento facial de forma a melhorar a intervenção que Bessel e Moss (2007) demonstram numa revisão bibliográfica a pouca eficácia clínica das intervenções, sugerindo maior investigação de forma a aumentar a validade metodológica. Se os indivíduos não podem alterar as respostas da sociedade, é imprescindível que estes possam alterar a forma como respondem perante as atitudes sociais (Bradbury, 2011).

#### *Terapia cognitivo-comportamental*

Apesar de ainda existir a necessidade de mais estudos, autores apontam a terapia cognitivo comportamental a mais benéfica na intervenção com indivíduos com desfiguramento facial (Cash & Pruzinsky, 2004; Clarke, 2010; Edwards, et al. 2008; Lansdown, et al, 1997; Lawrence, Rosenberg, Mason, & Fauerbach, 2011; Moss, 2005; Moss & Carr, 2004; Rosser, Moss & Rumsey, 2010).

A terapia cognitiva trabalha fatores cognitivos que influenciam e mantêm determinado comportamento (Gonçalves, 2000), a terapia comportamental, através de leis gerais do comportamento proporciona a operacionalização e objetivação do comportamento na identificação de fatores de mudança (Gonçalves, 1999).

As proposições de Dobson e Block em 1988 apresentam que o comportamento é afetado pela atividade cognitiva, podendo ser alterada e monitorizada, proporcionando assim a modificação do comportamento (Gonçalves, 2000). Esta proposição remete-nos para à compreensão da importância dos processos cognitivos na adaptação ao desfiguramento facial (Rumsey & Harcourt, 2005).

Estudos realizados por Moss e Carr (2004) procuraram demonstrar que as diferentes

formas de ajustamento poderiam ser entendidas como um produto de esquemas cognitivos, tendo como objetivo investigar a organização da informação com os relatos da aparência no autoconceito e determinar em que medida estaria previsto um bom ou mau ajustamento à adaptação ao desfiguramento. Depreendeu-se que a forma como a informação é organizada permite ao indivíduo ter bons ou maus ajustadores à sua aparência, isto é, o grau de gravidade (moderado ou grave) vai depender do processamento cognitivo que o indivíduo faz por exemplo, da sua rede social (Moss, 2005). Moss e Carr (2004) indicam que as variações do ajustamento psicológico ao desfiguramento facial são influenciadas pela organização da informação responsável pela formação do autoconceito.

A abordagem cognitiva sugere que a imagem do corpo depende da interação entre fatores históricos, ou seja, as crenças sobre o *self* são moldadas pela experiência prévia e são gradualmente modificados ao longo do tempo, assim como os fatores que resultam das situações atuais, pensamentos e precipitação/manutenção das influências sobre a imagem corporal (Brill, et al., 2006; Moss & Carr, 2004). Por outro lado, a terapia cognitiva comportamental, incluindo exposição gradual pode ser útil, incluindo medidas como olhar no espelho e o encorajamento para “usar” a face (maquilhagem, depilação, gestão das cicatrizes e outras atividades de cuidado pessoal) avaliando os constructos pessoais (Brill, et al., 2006).

Estudos apontam que a terapia cognitiva comportamental tem sido muito utilizada como intervenção eficaz para aqueles que experimentam transtornos afetivos, incluindo depressão, ansiedade generalizada e ansiedade social. As técnicas têm-se concentrado em focar a diminuição dos pensamentos negativos, aumentando os pensamentos positivos e melhorar as habilidades de comunicação em situações sociais, na tentativa de desviar a atenção da diferença presente no indivíduo com desfiguramento (Bessel & Moss, 2007; Morris, et al. 2007).

Bradbury (2011) defende a terapia cognitiva comportamental fundamental para identificar estratégias disfuncionais e comportamentais como a negação, evasão e projeção, desenvolvendo formas úteis de o indivíduo se comportar e responder a situações quotidianas. No entanto, Liberato e Carvalho em 2008 mencionam que os processos de *coping* dependem do estágio do desenvolvimento biológico, pessoal e social do indivíduo, personalidade, mecanismos pessoais de defesa, fontes interpessoais, tais como suporte familiar e social (Carvalho et al. 2008). Técnicas de habilidades sociais utilizadas pela terapia cognitivo e comportamental, permitem que os indivíduos aprendam um novo roteiro mental para interagir com os outros, em que os pensamentos automáticos negativos sobre a aparência são desafiados por novos pensamentos (Moss & Carr, 2004).

### *Coping*

Um dos fatores que influenciam o ajustamento ao desfiguramento é a forma como estas pessoas lidam com os acontecimentos que levaram ao desfiguramento e a situações stressantes (Moss, 1997), porém nem todas as estratégias de *coping* são consideradas úteis para o bem-estar do indivíduo. O *coping* é considerado um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos de forma a adaptarem-se a circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell'Áglio & Bandeira, 1998), um processo de gestão interno ou externo regula os recursos do indivíduo, considerado ser um processo complexo e multidimensional da personalidade do indivíduo (Kilburn & Withlock, 2010).

A história do desenvolvimento pessoal pode influenciar traços de personalidade tornando-se inflexível e incapacitando o indivíduo de desenvolver estratégias de *coping* adaptativas em respostas a eventos sociais stressantes (Islam, et al., 2009); estas estratégias de *coping* refletem-se no contraste dos esquemas e crenças que formam o autoconceito do indivíduo com desfiguramento, criando mecanismos psicológicos que são utilizados para lidar com a adversidade ou resultar em resistência (Feragen, Kvaalem; Rumsey, & Borge, 2010).

Vários autores descrevem estratégias de *coping* (conscientes ou inconscientes) como: psico-educação, desviar o olhar, verbalizações positivas; atividades recreativas (Bradbury, 2011; Gardiner, et al. 2010; Partridge, 2003; Rumsey & Harcourt, 2004), elevado nível de otimismo, sentimentos de aceitação social e satisfação com o apoio social recebido (Bessel, Clarke, Harcourt, Moss & Rumsey, 2010; Borwick, 2011; Clarke, 1999; Rumsey et al. 2004), sendo estas estratégias fundamentais para a formação, desenvolvimento e adaptação da imagem corporal (Tagkalakis & Demiri, 2009).

Indivíduos que lidam bem e relatam menos problemas, tendem a usar estratégias de *coping* positivas, apresentando boas habilidades sociais, são assertivos e tomam iniciativa em proceder a novas mudanças (Krishna, 2009). Estratégias de *coping* como inserir-se em atividades sociais com amigos ou família são eficazes e suscetíveis de encorajar a exposição repetida e reduzir o sentimento de evasão social (Rumsey et al., 2004).

Por outro lado, as estratégias de *coping* negativas segundo McGrouther (1997) podem ser um fator que levam o indivíduo ao suicídio pela insatisfação com a aparência, incluindo também a agressão, uso de álcool, busca de soluções cirúrgicas irreais e o evitamento social (Clarke, 1999).

Moss (1997) aponta estudos de Lazarus realizados 1993 e estudos de Carver realizados em 1989, que descrevem o confronto ou o distanciamento do risco, busca de suporte social, aceitação da responsabilidade, resolução de problemas dolorosos, repressão de atividades, uso da religião, ventilação emocional e abstração mental e comportamental como as técnicas mais utilizadas para

fazer enfrentar o desfiguramento facial (Corry, Pruzinsky & Rumsey, 2009).

No entanto, os indivíduos podem aprender estratégias de *coping* de forma a sentirem-se autoconfiantes e desenvolver habilidades sociais que lhes permitam evitar situações desconfortáveis (Lawrence, et al., 2011).

## DISCUSSÃO

O desfiguramento facial produz uma reação emocional pelo valor desta área do corpo nas relações interpessoais e pelo significado simbólico do rosto. A face é considerada o órgão de contato com o ambiente do indivíduo, expressa as emoções e está continuamente a apelar ou a rejeitar o contacto com os outros. Por um lado, o rosto serve de máscara para impedir que percebam o nosso íntimo, mas ao mesmo tempo apresenta também um rótulo da nossa personalidade. Além do valor do rosto nas relações interpessoais, Moss e Carr, (2004) mencionam outros fatores a ser considerados nas variações do ajustamento psicológico ao desfiguramento facial.

Quando a identidade é ameaçada, torna-se compreensível que se manifestem cognições e comportamentos para lidar com o trauma podendo ser considerados desajustados. Se quando comunicamos com outra pessoa o fazemos através de um fluxo de movimentos faciais, a nossa comunicação com o outro torna-se comprometida perante um desfiguramento facial. A adaptação da imagem corporal a uma nova aparência exige uma reavaliação da mudança em curso, utilizando fontes de informação sobre a aparência que o indivíduo percebe de si e dos outros.

É importante que os profissionais de saúde tenham consciência da pessoa e do meio ambiente, de onde vem e para onde deverá retornar o indivíduo com desfiguramento facial e estar ciente que além dos temores reais e dos problemas do doente, podem existir medos neuróticos e culpa (Adsett, 1963). A equipa médica deve ser capaz de mostrar interesse e compreensão para o paciente de modo a criar um ambiente confortável e confiante, desenvolvendo uma relação médico-paciente no início do curso da doença, sendo esta a chave e a gestão bem-sucedida das reações emocionais em indivíduos com desfiguramento facial (Carr, 1997).

Freitas e Gomez (2008) defendem a importância de considerar a opinião do indivíduo com desfiguramento facial, criando estratégias de autoavaliação permitindo aproximar as expectativas do indivíduo com as do terapeuta devendo permanecer a aceitação, a sinceridade, a compreensão, o interesse genuíno e uma atitude positiva (Carr, 1997).

Indivíduos com desfiguramento facial apresentam um elevado risco de distúrbios

psicológicos e níveis particularmente elevados de ansiedade e depressão (Martin & Newell, 2004). Estes autores evidenciam uma elevada morbilidade psicológica em termos de fobia social, devido à avaliação negativa por parte da comunidade.

Um desfiguramento visível resulta de incapacidade social, existe uma complexa interação de fatores sociais e individuais (Rumsey & Harcourt, 2004). Estudos descrevem que o grau de sofrimento psicológico resultante de um desfiguramento visível não é preditivo pela sua extensão, mas pela gravidade percebida (Moss, 2005). Uns lidam bem com o desfiguramento extenso enquanto outros lutam para lidar com uma diferença relativamente pequena (Morris, et al. 2007)

McGrouther (1997) referiu a importância de auditorias independentes e científicas, avaliar diferentes formas de aconselhamento e de fazer lobby político para garantir os recursos necessários na avaliação e intervenção em indivíduos com desfiguramento facial. A investigação é necessária em todos os aspetos do atendimento ao doente e da sociedade em geral, que também deve ser educada para entender o verdadeiro conceito de desfiguração facial.

Trabalhos futuros devem contribuir para os estudos psicométricos dos Inventários ASI-R e DAS-24 em doentes com desfiguramento facial adquirido e congénito em Portugal.

## REFERÊNCIAS

- Adsett, A. (1963). Emotional Reactions to Disfigurement from Cancer Therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 89, 385-391. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1921681/>
- Alvi, T., Assad, F., Aurangzeb, & Malik, M.A. (2009). Anxiety and depression in burn patients. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 21, 137-141. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1921681/>
- Antoniuzzi, A., Dell'Áglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294. doi:10.1590/S1413-294X1998000200006
- Bessell, A., & Moss, T. P. (2007). Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: A systematic review of the empirical literature. *Body Image*, 4, 227-238. doi:10.1016/j.bodyim.2007.04.005
- Bessell, A., Clarke, A., Harcourt, D., Moss, T. P., & Rumsey, N. (2010). Incorporating user perspectives in the design of an online intervention tool for people with visible differences: Face IT. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 38, 577-596.

doi:10.1017/S1352465810000305

- Bonanno, A., & Choi, J.Y. (2010). Mapping out the social experience of cancer patients with facial disfigurement. *Health (1949-4998)*, 2, 418-428. doi:10.4236/health.2010.25063
- Borwick, G. (2011). A holistic approach to meeting the needs of patients with conditions that affect their appearance. *Primary Health Care*, 21, 33-39. doi:org/10.7748/phc2011.02.21.1.33.c8306
- Bradbury, E. (1997) Undersrstanding the problems. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge, (Eds), *Visibly Different: coping with disfigurement* (pp.180-193).Oxford: Butterworth Heinemann.
- Bradbury, E. (2012). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50, 193-196. doi:10.1016/j.bjoms.2010.11.022
- Brill, S. E., Clarke, A., Veale, D. M., & Butler, P. M. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image*, 3, 1-15. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.002
- Carr, T. (2005). The DAS24: A short form of the Derriford Appearance Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal Of Health Psychology*, 10, 285-298. doi: 10.1348/135910705X27613
- Carr, T., Harris, D., & James, C. (2000). The Derriford Appearance Scale (DAS-59): A new scale to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal Of Health Psychology*, 5, 201-215. doi:10.1348/135910700168865
- Carr, T., Moss, T., & Harris, D. (2005). The DAS24: A short form of the Derriford Appearance Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal Of Health Psychology*, 10, 285-298. doi:10.1348/135910705X27613
- Cash, T., & Labarge, A. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50. doi:10.1007/BF02229242
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2004). *Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press
- Cash, T. F. (2003). Brief manual for the Appearance Schemas Inventory – Revised. Retrieved from <http://www.body-images.com/assessments/asi.html>

- Castana, O., Anagiotos, G., Dagdelenis, J., Tsagoulis, N., Giannakidou, M., Roidi, D., & Alexakis, D. (2008). Epidemiological Survey of Burn Victims Treated as Emergency Cases in Our Hospital in the Last Five Years. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 21, 171-174. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188194/>
- Clarke, A. (1999). Psychosocial aspects of facial disfigurement: Problems, management and the role of a lay-led organization. *Psychology, Health & Medicine*, 4, 127-142. doi:10.1080/135485099106270
- Corry, N., Pruzinsky, T., & Rumsey, N. (2009). Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: Social functioning, body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry*, 21, 539–548. doi: 10.3109/09540260903343901
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian Journal Of Plastic Surgery*, 43, 200-205. doi:10.4103/0970-0358.73452
- Doering, B. K., Conrad, N., Rief, W., & Exner, C. (2011). Living with acquired brain injury: Self-concept as mediating variable in the adjustment process. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21, 42-63. doi:10.1080/09602011.2010.525947
- Edwards, C., Feliu, M., Johnson, S., Edwards, L., Wellington, C., McDougald, C., & ... Baer, R. (2008). Beyond The Care of Sepsis, Pain, and Disfigurement: Case of Psychological Reactions to Chemical Burn in an African American Patient with Extensive Psychiatric History. *Journal Of African American Studies*, 12, 243-265. doi:10.1007/s12111-008- 9050-9
- Feragen, K., Kvaalem, I. L., Rumsey, N., & Borge, A. H. (2010). Adolescents with and without a facial difference: The role of friendships and social acceptance in perceptions of appearance and emotional resilience. *Body Image*, 7, 271-279. doi:10.1016/j.bodyim.2010.05.002
- Freitas, K., & Gómez, M. (2008). Grau de percepção e incômodo quanto à condição facial em indivíduos com paralisia facial periférica na fase de sequelas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 13, 113-118. doi:10.1590/S1516-80342008000200004
- Gardiner, M., Topps, A., Richardson, G., Sacker, A., Clarke, A., & Butler, P. (2010). Differential judgements about disfigurement: the role of location, age and gender in decisions made by observers. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63, 73-77. doi:10.1016/j.bjps.2008.07.043
- Gonçalves, N., Echevarria-Guanilo, M., de Carvalho, F., Miaso, A., & Rossi, L. (2011). Biopsychosocial Factors that Interfere in the Rehabilitation of Burn Victims: Integrative Literature Review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19, 622-630. doi:10.1590/S0104-

11692011000300023

- Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. (3rd. Ed.). Porto: Edições Afrontamento
- Harcourt, D., & Rumsey, N. (2008). Psychology and visible difference. *The Psychologist*, 21, 486-489. Retrieved from <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-21/edition-6/psychology-and-visible-difference>
- Harding, S., & Moss, T. (2012, July). The impact of treatment for head and neck cancer on posttraumatic growth. Paper presented at the Appearance Matters 5, Bristol. Abstract retrieved from <http://www.uwe.ac.uk/events/appearencematters/index.shtml>
- Harris, D. (1997) Types, causes and psysical treatment of visible differences. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge, (Eds), *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.79-90) Oxford: Butterworth Heinemann.
- Holland, J., & Rowland, J. (1990). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press
- Islam, S. Hooi, H., & Hoffman, G. (2009). Presence of Pre-Existing Psychological comorbidity in a Group of Facially Injured Patients: A preliminary Investigation. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 67, 1889-1894. doi: 101016/j.joms.2009.04.044
- Islam, S., Ahmed, M., Walton, G. M., Dinan, T. G., & Hoffman, G. R. (2010). The association between depression and anxiety disorders following facial trauma - A comparative study. *Injury*, 41, 92-96. doi:10.1016/j.injury.2009.07.012
- Islam, S., Ahmed, M., Walton, G., Dinan, T., & Hoffman, G. (2012) The prevalence of psychological distress in a sample of facial trauma victims. A comparative cross- sectional study between UK and Australia. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 40, 82-85. doi:10.1016/j.jcms.2011.01.014
- Kilburn, E., & Whitlock, J. (2010) Coping: Literature Review. [Fact sheet] *Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults*. Retrieved from <http://www.crpsib.com/userfiles/File/Coping%20Lit%20Review.pdf>
- Krishna, S. (2009). Disfigurement: Psychosocial Impact and Coping. *Open Dermatology Journal*, 354-57. Retrieved from <http://benthamscience.com/open/todj/articles/V003/54TODJ.pdf>
- Lawrence, J. W., Rosenberg, L., Mason, S., & Fauerbach, J. A. (2011). Comparing parent and child perceptions of stigmatizing behavior experienced by children with burn scars. *Body Image*, 8, 70-73. doi:10.1016/j.bodyim.2010.09.00

- Lawsdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., & Partridge, J. (1997). *Visibly Different: coping with disfigurement*. Oxford: Butterworth Heinemann
- Martin, C., & Newell, R. (2004). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with facial disfigurement. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 327- 336. doi:10.1080/13548500410001721891
- McGrouther, D.A. (1997). Facial Disfigurement: The last bastion of discrimination. *British Medical Journal*, 314, 991. doi:10.1136/bmj.314.7086.991
- Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). The association between self-consciousness about appearance and psychological adjustment among newly diagnosed breast cancer patients and survivors: The moderating role of appearance investment. *Body Image*, 9, 209-215. doi:10.1016/j.bodyum.2011.11.003
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS)—Psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal Of Oncology Nursing*, 14 111-118. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.007
- Morris, P., Bradley, A., Doyal, L., Earley, M., Hagen, P., Milling, M., & Rumsey, N. (2007) Face Transplantation: A Review of the Technical, Immunological; Psychological and Clinical Issues with Recommendations for Good Practice. *Transplantation*, 83, 109- 128. doi: 10.1097/01.tp.0000254201.89012.ae
- Moss, T. (1997) Individual variation in adjusting to visible differences. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge, (Eds), *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.121-130).Oxford: Butterworth Heinemann.
- Moss, T. P. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2, 151-159. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.004
- Moss, T. P., & Harris, D. L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: A prospective controlled outcome study. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 567-572. doi:10.1080/13548500903112374
- Moss, T., & Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychology & Health*, 19, 737-748. doi:10.1080/08870440410001722967
- Moss, T.P., White, P., Newman, S., & James, H. (2010). Factor Analysis of the DAS24: Conceptual and Statistical Issues. Presented at Appearance Matters 4 conference, Bristol. Retrieved

from [http://www.derriford.info/?page\\_id=9](http://www.derriford.info/?page_id=9)

- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8, 21-36. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14292/1/Vers%0c3%a3o%20final.pdf>
- Partridge, J. (1997) Living visibly different: a summary. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge (Eds), *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.67-73). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Partridge, J. (2003). *Changing Faces: The challenge of facial disfigurement* (4<sup>th</sup> Ed.). London: A changing Faces Publication
- Partridge, J. (2010). Psycho-social reflections on craniofacial morphogenesis. *Seminars In Cell & Developmental Biology*, 21, 333-338. doi:10.1016/j.semcdb.2010.01.006
- Pomahac, B. B., Pribaz, J. J., Eriksson, E. E., Annino, D. D., Caterson, S. S., Sampson, C. C., & ... Tullius, S. G. (2011). Restoration of Facial Form and Function After Severe Disfigurement from Burn Injury by a Composite Facial Allograft. *American Journal Of Transplantation*, 11, 386-393. doi:10.1111/j.1600-6143.2010.03368.x
- Rahzani, K. K., Taleghani, F. F., & Nasrabadi, A. (2009). Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: Consequences and strategies - A qualitative study. *Burns*, 35, 875-881. doi:10.1016/j.burns.2008.11.003
- Rosser, B. A., Moss, T., & Rumsey, N. (2010). Attentional and interpretative biases in appearance concern: An investigation of biases in appearance-related information processing. *Body Image*, 7, 251-254. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.007
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance*. Engand: Open University Press
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Rumsey, N., Clarke, A., & Musa, M. (2002). Altered body image: the psychosocial needs of patients. *British Journal Of Community Nursing*, 7, 563. doi:10.1111/j.1365- 2648.2004.03227.x
- Secchi, K., Camargo, B., & Bertoldo, R. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 229-236. doi:10.1590/S0102-37722009000200011
- Shan, M., Hafeez, S., & Mehmood, K. (2010). Management of Burns. *Journal Of Pharmaceutical*

*Sciences & Research*, 2, 492-498. Retrieved from <http://www.jpsr.pharmainfo.in/Documents/Volumes/Vol2Issue8/jpsr%2002081008.pdf>

- Smith, J., Smith, K., & Rainey, S. (2006). The Psychology of Burn Care. *Journal of Trauma Nursing*, 13, 105-106. doi:org/10.1097/00043860-200607000-00006
- Soni, C. V., Barker, J. H., Pushpakumar, S. B., Furr, L., Cunningham, M., Banis, J. C., & Frank, J. (2010). Psychosocial considerations in facial transplantation. *Burns*, 36, 959- 964. doi:10.1016/j.burns.2010.01.012
- Stubbs, T., James, L. E., Daugherty, M., Epperson, K., Barajaz, K. A., Blakeney, P., & ... Kagan, R. J. (2011). Psychosocial impact of childhood face burns: A multicenter, prospective, longitudinal study of 390 children and adolescents. *Burns*, 37, 387-394. doi:10.1016/j.burns.2010.12.013
- Tagkalakis, P., & Demiri, E. (2009). A fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 22, 203-207 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188186/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-22-203.pdf>
- Thambyrajah, C., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn.C. (2010). “Cancer Doesn’t Mean Curtains”: Benefit Finding in Patients with Head and Neck Cancer in Remission. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 666-682. doi:10.1080/0734332.2010.516812
- Thombs, B., Notes, L., Lawrence, J., Magyar-Russell, G., Bresnick, M., & Fauerbach, J. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 205-2012. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.003
- Vaz Serra, A. (1986). O «Inventário Clínico de Auto-Conceito». *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84. Retrieved from <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/188/1/O%20Invent%C3%A1rio%20Cl%C3%ADnico%20de%20Auto-Conceito,%20p%5B1%5D.%2067-84,%201986.pdf>
- Versnel, S.L., Duivenvoorden, H.J., Passchier, J., & Mathijssen, I.M.J (2010). Satisfaction with facial appearance and its determinants in adults with severe congenital facial disfigurement: a case-referent study. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 63, 1642-1649. doi: 10.1016/j.bjps.2009.10.018

## **Artigo II. Facial Disfigurement - a multidimensional approach: Theory and Models**

Submetido: The Psychologist: Practice & Research Journal

### **Abstract**

**Aim:** The adjustment to facial disfigurement (acquired or congenital) has been researched during the last few years, the objective of this work is to understand the main theories and models used by researchers in the course of their evaluation and intervention on people who show visible differences to their visage.

**Method:** Using the EBSCO, Web of Knowledge, PubMed and Web of Science databases, an advanced research targeting facial disfigurement, theories, models and frameworks, was conducted.

**Results:** The EBSCO, Web of Knowledge, PubMed and Web of Science databases identified 14 articles with the keywords “Facial disfigurement”, “Theory”, “Model” and “Framework”. These articles mention different approaches such as social, psycho-analytical, cognitive, cognitive-behaviour, stress and coping, biomedical and psycho-social.

**Conclusion:** Most articles indicate the cognitive-behavioural therapy (CBT) as the one mostly used for evaluation and intervention on people with facial disfigurement.

**Key Words:** Facial Disfigurement, Theory, Model, Framework.

### **Introduction**

According to Elks (1990), it is necessary to have a physical facial characteristic altered enough to be defined as facial disfigurement, which can cause a negative reaction in the individual or others, to one or a set of facial features. This author argues that without this negative reaction, a facial deviation is simply a visible difference and not a disfigurement. Rumsey and Harcourt (2004, 2005) argue that disfigurement is marked by the difference of a culturally defined norm that is visible to others.

Body image is influenced by a complex interaction between variables that influence perception, wherein the social culture, it is also built through models disseminated by the media that define values that shapes body image. On the other hand, interpersonal experiences, affected by expectations, opinions, verbal and non-verbal communication transmitted in the interaction that is established with family members, friends, peers and even strangers affect the development of the body image. Also important is the influence of the personality while building one's attitudes that are directed to their body image (Cash, 2004). Facial disfigurement (acquired or congenital) is characterized but not solely defined by an alteration in a body image that is taken as regular.

The face is considered to be an organ that expresses emotions, which continuously appeals or rejects contact with others as a link between the individual and its surroundings (Adestt, 1967; Dropkin, 1999), allowing for the affirmation of human individuality as it distinguishes one from the other (Elks, 1990; Die-Trill & Straker, 1992). The face also identifies a person as it is the most visible part of the body (Dropkin, 1999; Tagkalakis & Demiri, 2009; Bonanno & Choi, 2010; Soni, et al., 2010). Faces express the inner self and characteristics of the personality (Callahan, 2004), being a means for social interaction (Bonanno & Choi, 2010) and to communicate with the outside world (Soni, *et al.*, 2010).

A facial expression portrays physical and psychological well-being of a person, revealing emotions and/or concerns (tired, bored, sad, etc.). Thus it plays a relevant role in social interventions and in the making of social opinions (mainly regarding the first sight of a face) as when people meet for the first time they especially focus on the face (Elks, 1990). However, Harris (1997) describes appearance as dynamic and subject to constant alterations throughout one's lifespan.

Although during the last two decades, facial disfigurement has been the target of much attention by the scientific community (Rumsey & Harcourt, 2005), its definition is not simple (Alves, 2016). Elks (1990) defends the existence of a necessary characteristic to define facial disfigurement "*the strength of negative reaction by the possessor, and others, to a particular facial feature, or set of features*" (pp.37), reinforcing that without this negative reaction a facial alteration is simply a difference and not a disfigurement. Henry (2011) mentions that when one suffers a real facial alteration (by sickness/trauma), one increases the tension between the real and the ideal body, thus making it difficult to precisely describe what disfigurement is, because not all those who have scars and marks on their faces are disfigured.

Various works have been developed during the last decades with the objective of understanding the psychological characteristics inherent to the adjustment of facial disfigurement. Nonetheless, the identification of its nature and the prevalent problems that originate from facial disfigurement are influenced by various factors (Lansdown, Rumsey, Bradbury, Carr, & Partridge, 1997; Rumsey & Harcourt, 2005, 2012; Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey, & Newell, 2014), and for this reason the research done on individuals with visible differences has been centred in distinctive perspectives (Lansdown, Rumsey, Bradbury, Carr, & Partridge, 1997).

As individuals are idiosyncratic beings, it isn't easy to apply just one theoretical model that allows the adjustment of the individual to an alteration in its body image because the facts implied in this disfigurement process are not fully known. In this area, the grand dilemma to appropriately choose a model or theory as a guide for an investigation is to be centred in the limitations and the

difficulties that are part of the evaluation of the various dimensions that influence appearance (Rumsey & Harcourt, 2004).

Thompson (2012) mentions that a model or a theory is not sufficient when researching appearance as these are included in various areas (body image, attraction, disfigurement and identity), and it is not expected that a single approach will deal with all the aspects of human experience. For example, Cash and Pruzinsky (2004), refer the sociocultural, the psychodynamic, the information processing, the cognitive-behavioural and the feminist perspectives as possible forms of understanding body image. Rumsey and Harcourt (2004) mention, for instance, that the social cognition model is fruitful to examine treatment aspects and implicit health care that is directly related to appearance; the theory of self-regulation is focused on the understanding of distress and in behaviours related to duration, cause, cure and identity of individuals who have visible differences; the stress and coping theory explains the recovery of an individual after an aesthetic or reconstructive surgical intervention.

If concerns with appearance are clearly multifactorial and the individual well-being regarding one's appearance is influenced by mood swings, including optimism and specific cognition of one's appearance (Thompson, 2012), this work aims at the understanding of which theories, models, and frameworks are mostly used in the research of adjustments to facial disfigurements.

## **Method**

EBSCO, Web of Knowledge, PubMed and Web of Science databases were used in this advanced research ranging from 1960 to 2016. Only articles from Psychology and Behavioural Sciences Collection were analysed. Table 1 shows the advanced research made with the Boolean method and the inclusion and exclusion criteria. The keywords "*Disfigurement, Theory, Model and Framework*" were used in the search criteria that included All text (TX), Title (TI), and Subject terms (SU). The keyword "Framework" was included in the search as some authors use it instead of "Model".

For the inclusion/exclusion criteria, we only considered peer-reviewed articles that were completely available, that focused on visible changes and also presented a theory or model related to facial disfigurement.

After excluding doubled articles, we narrowed down the research to 14 articles. Table 2 makes a brief analysis of those articles.

Table 1 – Advanced Research following the Boolean method in the EBSCO, Web of Knowledge, PubMed and Web of Science databases

Type of Research	Keywords				Number of results	
	Disfigurement	AND	Theory	Model		Framwork
All Text	x		x			497
	x			x		598
	x				x	267
Title	x		x			0
	x			x		2
	x				x	0
Subject Terms	x		x			0
	x			x		0
	x				x	0
<b>Type of Research and Words (after using the inclusion and exclusion criteria)</b>						
	TI Title		TX All Text			
Keywords	Disfigurement		Theory		9	
	Disfigurement		Model		4	
	Disfigurement		Framework		1	
<b>Total of articles to analyse that fulfill the inclusion and exclusion criteria</b>					<b>14</b>	

## Results

There's an increasing number of investigations that focus their study on facial disfigurement. In this systematic review, we used the EBSCO, Web of Knowledge, PubMed and Web of Science databases and obtained 80 articles that focus on disfigurement. From those, 49 focus their study on facial disfigurement. Only 14 approach disfigurement using a theoretical model or approach. The revised articles refer to qualitative studies.

Besides doing the research between 1960 and 2016, the first article published was in 1963 and the last in 2014. On table 2, we notice a big gap between 1963 and 1997 leading us to think that this theme is increasingly sought in the Scientific Community after some time of omission.

For example, various studies have taken a cognitive approach to understand how a person adjusts psychologically to facial disfigurement. In this line, Kent (2000) defends that body exposure

activates cognitive schemes on body image leading the individual to constantly take care of it. Later in 2004, Moss and Carr developed a study demonstrating adjustment to visible difference as a product of cognitive schemes. These cognitive schemes are based on past experiences, which organize and guide the information process of the self and that include individual social experiences. When analysing the subjective relation of the seriousness and the adjustment to disfigurement, authors might differ in opinion, Moss (2005) refers that the greater the seriousness perceived, the worse is the adjustment; on the other hand, De Sousa (2010) defends the existence of various personality traits and other variables that contribute towards the quality of life and to the adjustment to a facial trauma, compromising the quality of life of an individual and influencing the psychological adjustment to a different visage.

Facial disfigurement could have social implications. A social approach allows for the understanding of the existence of beliefs and social behaviours that are disseminated by it and that influence the individual in the sense that a person avoids judgements by promoting irrational thoughts and beliefs. A person can also be the target of compassion or stigma of others (Rahzani, Taleghabi, & Nasrabadi, 2009), unleashing feelings of guilt and shame (Henry, 2011). In this way, individuals judge their own appearance by the norms of their social context (Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey & Newell, 2014), and if it results in a low level of social support, a person will be unhappy with one's own appearance (Rumsey & Hardcourt, 2005). Studies focused on appearance defend that the interpersonal dimension is considered to be the biggest psychological challenge for most individuals with acquired facial disfigurement. Subjects have to deal with the social reaction to their facial appearance (Partridge, 2010; De Sousa, 2010).

Rumsey and Harcourt (2005) refer that, due to the complexity that the psycho-social impact has in the construction of the appearance of a person it is inappropriate to use only one or two theoretical methods to evaluate concerns with appearance.

*Table 2 – Chronological main results for the Disfigurement Research (Theory, Model and Frameworks)*

<b>Author(s)</b>	<b>Year</b>	<b>Analysis (Theory, Model, Frameworks)</b>
<i>Adsett</i>	1963	Approaches the <b>Psycho-analytical theory</b> on the emotional reactions of a cancer disfigured person.
<i>Partridge (book chapter)</i>	1997	Shows the <b>SCARED model</b> to describe feelings and behaviours of the subject showing visible differences and by those who know subjects who have visible differences.
<i>Newell</i>	1999	Shows the <b>Fear avoidance model</b> on body image, referring a study that suggests a <b>cognitive-behavioural approach</b> as being useful in visible differences. The author mentions that

		the <b>Avoidance model</b> may be prorogued amongst subjects with facial disfigurement.
<i>Dropkin</i>	1999	Refers studies based on the <b>Stress-coping model</b> on individuals that had head or neck cancer surgery, they make a predictive model based on the adapting results achieved post surgery.
<i>Clarke</i>	1999	Suggests in this study the <b>Reach out model</b> , characterized by eight principles or instruments, coded as an acronym that helps the subject to conceive different coping strategies. This author also has available a structure that offers psychological interventions for subjects with facial disfigurement.
<i>Kent</i>	2000	Shows a <b>Psychological and social model</b> as an explanation for the personal and social consequences of the visible face differences. Theory approaches centred on body image, social anxiety, social skills and social stigma may be used to understand the experiences of the subjects with disfigurement. It appears to be likely that therapeutic approaches based on different models are useful because these influences various types of adjustments to their visible differences.
Moss & Carr	2004	Whilst analysing the role of the <u>concept of self</u> in adjusting to disfigurement, they realised that the <b>Cognitive-behaviour theory</b> has been centred in possible changing factors.
<i>Maddern, Cadogan, &amp; Emerson</i>	2006	They defend the idea that <b>knowledge of social skills model</b> may help researchers and doctors who work in the disfigurement area, providing structures for social skills. These authors reinforce that in clinical practice the <b>Cognitive-behaviour approach</b> is considered to be a useful and beneficial strategy.
<i>Brill, Clarke, Veale, &amp; Butler</i>	2006	These authors refer that the <b>Psycho-analytical theory</b> dating back to the beginning of the twentieth century is focused in distorted body image and that the <b>Cognitive-behaviour approach</b> offers better evidence on the efficacy of interventions regarding the anguish experienced in the alteration of the body image. These authors defend that the perception processes such as attitudes are important for the understanding of the body image and that the Cognitive and behavioural approach has a more logical structure to exploit thoughts, feelings and behaviours associated to disfigurement. These authors propose a cognitive and behaviour structure for psychological management to be applied during the first year of post surgery, suggesting objectives for therapy, potential problems and therapeutic methods.

<i>Edwards et co-operators</i>	2008	They refer that on subjects educated on the premises of the <b>Cognitive-behaviour model</b> it allowed a positive change in their behaviour when suffering from serious burns.
<i>Thombs, Notes, Lawrence, Magyar-Russell, Bresnick, &amp; Fauerbach</i>	2008	As per the <b>Partridge scheme</b> , the first months after being burnt are characterized by a survival mode, having a main focus on physical recovery and rehabilitation.
<i>Tagkalakis &amp; Demiri</i>	2009	They mention that many confrontation and adaptation processes suggested by the <b>Cognitive-behavioural model</b> aspire to eliminate and reduce shame, as well as the fear that is associated to facial disfigurement. The Cognitive-behavioural model may be used as a scheme to explore the prevalence and the form of these difficulties and its efficacy in social interactions, including strategies for rehabilitation.
<i>Rabzani, Taleghani, &amp; Nasrabadi</i>	2009	These authors use the <b>Grounded theory</b> to understand the reactions experienced by the subjects who have facial disfigurement caused by burns. The use of this theory is justified by the capture of social processes within social contexts.
<i>Konradsen, Kirkevold &amp; Zoffmann</i>	2009	They implement the <b>Grounded theory</b> to explore the nondisclosure of the disfigurement in interactions between patients and nurses during surgical treatments for facial cancer. These authors mention that the <b>Fear and avoidance method</b> explains the manner by which subjects deal with their disfigurement. Silence may be seen as a strategy to avoid dealing with the disfigurement.
<i>Bonanno &amp; Choi</i>	2010	They use the <b>Grounded theory</b> to map social experiences of individuals with facial disfigurement resulting from cancer.
<i>Bradbury</i>	2011	The author mentions that in the <b>Biomedical model</b> there is a general assumption that those who suffer from severe disfigurement will suffer from higher levels of anxiety.
<i>Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey, &amp; Newell</i> (book)	2014	They show a wide range of models and frameworks of the <b>Cognitive-behaviour</b> and <b>Psychosocial interventions</b> for anxiety due to visible differences. A detailed work is shown for the intervention of the Cognitive-behavioural therapy on subjects with visible differences. Examples: - Framework for interventions to promote psychosocial adjustment in the concern of appearance; - Models and frameworks to expand the conceptual approach to managing appearance related distress; - Framework for clinical assessment.

## Discussion

In a phenomenal perspective, the body is the base of the understanding of the human experience, and it can be seen as the basis of reasoning to understand the self (Maclachlan, Mháille, Gallagher & Desmond, 2012). The outstanding feature and the centrality of the face are a strong source of influence to be considered by others, meaning that individuals with facial disfigurement normally experience negative and stereotyped reactions regarding their visage (Elks, 1990). A not so attractive visage can result in discrimination, may influence the choice of a profession and other situations. This can lead to low self-esteem and a poor quality of life (Soni, et al., 2010; Bradbury, 2011) as the psychological impact of these high levels of dissatisfaction with the appearance affects self-perception and social function (Rumsey & Hardcourt, 2012).

A single theory describing the understanding of the body image is unknown. We know that it will play a fundamental role in the quality of life of a person, throughout their lifespan, experiencing the influence of the body image in emotions, thoughts and behaviours (Cash & Pruzinsky, 2004).

Jackson (2004), defends that the face plays a primordial role because it is the source of social information, being more stable than the appearance of the rest of the body. This author postulates that facial attraction is generally classified by social attraction. Callahan (2004) defends that the face communicates pride and shame, the “type” of personality, hope, humour and love as well as it can also express disapproval, sadness, horror and apathy.

Research on the concern with appearance lets us understand the importance of the face in light of the communication of ideas, perceptions, communication and intensity of emotions, self-reflection, self-concept, self-esteem, amongst other expressions. In this manner, facial disfigurement shows strong psychological and social alterations in the life of the individual (Bradbury, 2011), influencing the body image, the quality of life and self-assurance, hindering social interactions (Rahzani, Taleghabi & Nasrabadi, 2009). The adjustment to disfigurement is quite variable as it is also influenced by the media, society and culture (Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey & Newell, 2014) in which the subject is inserted, thus making difficult the usage of a single theory for the understanding of the psychological adjustment related to facial disfigurement whether acquired or congenital.

Some researchers adapt structures from other contexts to understand the psycho-social impact of visible differences in the life of a person. Given the complex interaction between individual and social factors influencing the degree of visible differences perceived by the subject that could incapacitate them socially (Rumsey & Harcourt, 2004). In spite of its importance, those who are unhappy with their normal appearance reveal characteristics (emotions, thoughts,

behaviours) that are identical to those who suffer from visible differences (Moss, 2005). Martin e Newell (2005) defend that facial disfigurement supports a high risk of psychological disturbances (with a particular incidence in high levels of anxiety and depression), and avoidance of social experiences due to their attempts at hiding and refusing to expose themselves before others (Kent & Keohane, 2001; Bessel & Moss, 2007) is inherent to the associated inter-personal difficulties and shame (Moss & Carr, 2004).

Although those who have facial disfigurement can experience high levels of psychological stress, given a traumatic event that is aggravated by facial dysfunction in the case of acquired deformity and chronic pain (Islam, Ahmed, Walton, Dinan & Hoffman, 2010), Moss (2005) defends that many of these people adapt to their altered visage. Within this scope, the CBT has been very useful in its scientific production aiming at the understanding of the image of the body (Cash, & Pruzinsky, 2004).

Table 2 shows that during the last few years various researchers are concerned with a person's appearance, these selected articles show the importance of various theories, models and frameworks in the evaluation and intervention of congenital and acquired facial disfigurement. The CBT is the one that is most frequently used in quantitative research, including the grounded theories, those that are used in qualitative theories, intending to find theoretical explanations to social processes.

Although there are multiple overlaps amongst various types of approaches, each model renders a unique contribution towards the understanding of the adjustments to visible differences.

In conclusion, given the idiosyncrasy of the individual in their psychological adjustment caused by a visible facial difference, we conclude that the CBT (as a theory, model and structure) is clearly dominant in evaluation and intervention processes for individuals with a visible difference. It is important to emphasize the importance of resorting to a model in these cases because the body image perception includes many variables. Although this article identifies a diversity of theories, models and frameworks, used during evaluation and intervention processes in individuals with facial disfigurement, each of them only contributes to the understanding of the adjustment process to their visible difference.

As for the limitations of this study, we noticed that this is an area of great concern among the Scientific Community but not always the results of treatments are published and accessible. Treatments for individuals with facial disfigurement aren't a new practice but lack consistency in their methodological approach. As each case needs a personalized view and adapted methodology we can only study patterns and not generalized plans that could fit all cases. As most treatments aren't published, we might not have a complete idea of the most beneficial treatments so this is

clearly an area that needs to continue being studied. Another limitation or challenge in this study is that the term disfigurement isn't well established in the Scientific Community leading to several side interpretations that in some cases could even be associated with a negative emotional feeling. Due to this problem, some authors are starting to use the term visible differences.

### **Funding**

The authors have no funding to report.

### **Declaration of interest:**

The authors report no conflicts of interest.

### **Acknowledgments**

Prof. Joaquina Rooke for the translation of this paper.

### **References**

- Adsett, A. (1963). Emotional Reactions to Disfigurement from Cancer Therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 89, 385-391. doi: 10.1001/jama.1963.03710010147111
- Alves, D. (2016). *Transplante da Face: Impacto na Análise da Expressão Facial da Emoção*. Santo Tirso: Idioteque Communication Group
- Bessell, A., & Moss, T. P. (2007). Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: A systematic review of the empirical literature. *Body Image*, 4, 227-238. doi:10.1016/j.bodyim.2007.04.005
- Bonanno, A., & Choi, J.Y. (2010). Mapping out the social experience of cancer patients with facial disfigurement. *Health*, 2, 418-428. doi:10.4236/health.2010.25063
- Bradbury, E. (2011). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50, 193-196. doi:10.1016/j.bjoms.2010.11.022
- Brill, S. E., Clarke, A., Veale, D. M., & Butler, P. M. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image*, 3, 1-15. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.002
- Callahan, C. (2004). Facial Disfigurement and Sense of Self in Head and Neck Cancer. *Social Work in Health Care*, 2, 73-87. doi: 10.1300/J010v40n02\_05
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (2004). *Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press

- Clarke, A. (1999). Psychosocial aspects of facial disfigurement: Problems, management and the role of a lay-led organization. *Psychology, Health & Medicine*, 4, 127-142. doi:10.1080/135485099106270
- Clarke, A.; Thompson, A.; Jenkinson, E.; Rumsey, N.; & Newell, R. (2014). *CBT for Appearance Anxiety: Psychosocial Interventions for Anxiety due to Visible Difference*. United Kingdom: Wiley Blackwell
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian Journal Of Plastic Surgery*, 43, 200-205. doi:10.4103/0970-0358.73452
- Die-Trill, M., & Straker, N. (1992). Psychological adaptation to facial disfigurement in a female head and neck cancer patient. *Psycho-Oncology*, 1, 247-251. doi: 10.1002/pon.2960010407
- Dropkin, M. (1999). Body Image and Quality of Life After Head and Neck Cancer Surgery. *Cancer Practice*, 7, 309-313. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.76006.x
- Edwards, C., Feliu, M., Johnson, S., Edwards, L., Wellington, C., McDougald, C., & ... Baer, R. (2008). Beyond The Care of Sepsis, Pain, and Disfigurement: Case of Psychological Reactions to Chemical Burn in an African American Patient with Extensive Psychiatric History. *Journal Of African American Studies*, 12, 243-265. doi:10.1007/s12111-008-9050-9
- Elks, M. (1990). Another Look at Facial Disfigurement. *Journal of Rehabilitation*, 56, 36-40. Retrieved from [http://www.thefreelibrary.com/\\_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427](http://www.thefreelibrary.com/_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427)
- Harris, D. (1997). Types, causes and physical treatment of visible differences. In Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., & Partridge, J. *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.79-101). London: Butterworth Heinemann.
- Henry, S. (2011). Disfigurement and visible difference: The impact upon personal and personality development and the implications for therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10, 274-285. doi: 10.1080/14779757.2011.626635
- Islam, S., Ahmed, M., Walton, G. M., Dinan, T. G., & Hoffman, G. R. (2010). The association between depression and anxiety disorders following facial trauma - A comparative study. *Injury*, 41, 92-96. doi:10.1016/j.injury.2009.07.012
- Jackson, L. (2004). *Physical Attractiveness*. In *Body Image: A Handbook of Theory, Research, & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press
- Kent, G. (2000). Understanding the experiences of people with disfigurements: an integration of four models of social and psychological functioning. *Psychology, Health & Medicine*, 2, 117-129. doi: 10.1080/713690187

- Kent, G., & Keohane, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 23-34. doi: 10.1348/014466501163454
- Konradsen, H., Kirkvold, M., & Zoffmann, V. (2009). Surgical facial cancer treatment: the silencing of disfigurement in nurse-patient interactions. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2409-2418. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05102.x.
- Lawsdown, R.; Rumsey, N.; Bradbury, E.; Carr, T. & Partridge, J. (1997). *Visibly Different: coping with disfigurement*. Oxford: Butterworth Heinemann
- Maclachlan, M., Mháille, G., Gallagher, P., & Desmond, D. (2012). Embodiment and Appearance. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (Eds.). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.23-35). United Kingdom: Oxford University Press.
- Maddern, L. H., Cadogan, J. C., & Emerson, M. P. (2006). 'Outlook': A Psychological Service for Children with a Different Appearance. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 11, 431-443. doi:10.1177/1359104506064987
- Martin, C., & Newell, R. (2005). Is the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) confounded by scoring method in individuals with facial disfigurement? *Psychology & Health*, 5, 651-659. doi: 10.1080/14768320500060061
- Moss, T. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2, 151-159. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.004
- Moss, T., & Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychology & Health*, 19, 737-748. doi:10.1080/08870440410001722967
- Newell, R. J. (1999). Altered body image: a fear-avoidance model of psycho-social difficulties following disfigurement. *Journal Of Advanced Nursing*, 30, 1230-1238. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01185.x
- Partridge, J. (1997). Living visibly different: a summary. In Lawsdown, R.; Rumsey, N.; Bradbury, E.; Carr, T. & Partridge, J. *Visibly Different: coping with disfigurement* (pp.67-76). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Partridge, J. (2010). Psycho-social reflections on craniofacial morphogenesis. *Seminars In Cell & Developmental Biology*, 21, 333-338. doi:10.1016/j.semcdb.2010.01.006
- Rahzani, K. K., Taleghani, F. F., & Nasrabadi, A. (2009). Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: Consequences and strategies-A qualitative study. *Burns*, 35, 875-881. doi:10.1016/j.burns.2008.11.003

- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance*. England: Open University Press
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2012). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance*. United Kingdom: Oxford University Press
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Soni, C. V., Barker, J. H., Pushpakumar, S. B., Furr, L., Cunningham, M., Banis, Jr. J., & Frank, J. (2010). Psychosocial considerations in facial transplantation. *Burns*, 36, 959-964. doi:10.1016/j.burns.2010.01.012
- Tagkalakis, P., & Demiri, E. (2009). A fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 22, 203-207. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188186/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-22-203.pdf>
- Thombs, B.; Notes, L.; Lawrence, J.; Magyar-Russell, G.; Bresnick, M. & Fauerbach, J. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 205-212. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.003
- Thompson, A. (2012). *Researching Appearance: Models, Theories, and Frameworks*. In Rumsey, N. & Harcourt, D. *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.91-109). United Kingdom: Oxford University Press.

### Artigo III. Análise Fatorial da Versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24)

**Artigo publicado:** Mendes, J., Moreira, H., Figueiras, M., & Moss, T. (2016). Análise Fatorial da Versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24). *Psychology, Community & Health*, 5, 31-43. doi.10.5964/pch.v5i1.128

#### RESUMO

**Objetivo:** As preocupações com a aparência têm vindo a ter um crescente interesse ao nível da investigação. Pretende-se avaliar a validade fatorial e a fiabilidade da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24) na população portuguesa. **Método:** Quinhentos e oito sujeitos, participaram neste estudo, utilizando uma amostra por conveniência. Os participantes responderam a questões sociodemográficas, questões relacionadas com o investimento esquemático da aparência e a autoconsciência da aparência. **Resultados:** A DAS-24 apresentou um bom índice de consistência interna ( $\alpha = 0,91$ ). Através dos resultados obtidos na análise fatorial confirmatória (AFC), apresenta um ajustamento aceitável ( $\chi^2/df = 2,5$ ; GFI = 0,912; CFI = 0,925; TLI = 0,909; RMSEA = 0,054;  $p [rmsea \leq 0,05] = 0,130$ ).

**Conclusão:** A DAS-24, na população portuguesa, apresenta-se psicometricamente robusta na avaliação da autoconsciência da aparência, tornando-se uma escala aplicável e aceitável da versão original.

*Palavras-Chave:* autoconsciência da aparência, escala de avaliação, DAS-24

#### ABSTRACT

**Aim:** There has been a considerable interest in research on concerns about appearance. The aim of this study is to assess the factorial validity and reliability of the Derriford Appearance Scale (DAS-24) in the Portuguese population. **Method:** Five hundred and eight subjects participated in this research, using a convenience sample. Participants were asked to fill a set of questionnaires containing socio demographic questions, and questions related to investment schematic appearance and self-consciousness of appearance.

**Results:** The DAS-24 presented good internal consistency ( $\alpha = .91$ ). The Confirmatory Factor Analysis of the DAS-24, presents an acceptable ( $\chi^2/df = 2.5$ ; GFI = .912, CFI = .925, TLI = .909, RMSEA = .054,  $p [rmsea \leq .05] = .130$ ). **Conclusion:** The Portuguese version of the DAS-24, is psychometrically robust in evaluate self-consciousness of appearance.

*Keywords:* self-consciousness of appearance, rating scale, DAS-24

## INTRODUÇÃO

A definição de imagem corporal (IC) requer uma longa linha no tempo, sendo Seymours Fisher um dos maiores autores da década 90 (Cash & Pruzinsky, 2004). São vários os psicólogos, médicos, filósofos, entre outros profissionais, que têm teorizado sobre a natureza e significado da IC, desenvolvendo várias perspectivas. No entanto, Cash e Pruzinsky (2004) reforçam que a imagem corporal tem um papel essencial na compreensão da experiência humana, influenciando a qualidade de vida. Estes autores reconhecem a complexidade envolvida no constructo da imagem corporal pela sua multidimensionalidade, apontando que a falta de integração teórica e empírica dentro das disciplinas que estudam a imagem corporal levam a uma desconexão entre as atitudes e os sentimentos com o corpo.

A IC é um conceito multifacetado, descrevendo-se por uma figuração do próprio corpo que inclui as percepções e as atitudes (Cash, 2004) sobre a sua aparência, e como se sente em relação ao seu corpo (El Ansari, Clausen, Mabhala, & Stock, 2010). O conceito da IC desenvolve-se através da componente afetiva (ansiedade e outras emoções relacionadas com o corpo), da componente cognitiva (crenças, interpretações e atribuições com o corpo), da componente comportamental (avaliação do corpo através do espelho ou na interação com outros) e da componente da satisfação global subjetiva da avaliação da imagem corporal, em termos de satisfação (Cash & Smolak, 2012).

Existem evidências de que temos uma tendência inata a preocuparmo-nos com a nossa aparência, tornando-nos fascinados pelo rosto, examinando a nossa aparência milhares de vezes ao longo da vida (Rumsey & Harcourt, 2005). Berscheid (1981) menciona que a atração física tem um papel fundamental durante a infância e a vida adulta. As preocupações com a imagem corporal durante a infância têm implicações importantes não só para os níveis de autoestima, como para o funcionamento psicossocial da criança (Clark & Tiggemann, 2008), podendo ter um impacto no *self* e no funcionamento social (Smolak, 2012), em que a insatisfação com o corpo é normalmente identificada no início da idade adulta (Tiggemann & Slevic, 2012). Clark e Tiggemann (2008) consideram a adolescência um período sensível, durante o qual a imagem corporal e o autoconceito ainda estão em desenvolvimento. Cordeiro (2008) menciona que o corpo tem um poder significativo e um valor inestimável na relação com os outros e com o próprio, muitas vezes no domínio da insatisfação ou negação com o próprio corpo.

Têm sido vários os estudos que utilizaram a Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24) na avaliação das preocupações com a aparência. Por exemplo, um estudo de Harris e Carr (2001) descreve que a prevalência da preocupação física com a aparência é maior em mulheres até 60 anos de idade e em homens mais jovens, no entanto, estes autores defendem que a

preocupação com a aparência é generalizada na população em geral. Moss e Carr (2004) demonstraram que diferentes formas de ajustamento poderiam ser um produto de esquemas cognitivos. Estes autores mencionam que a variação do ajustamento psicológico à aparência é influenciada pela formação do autoconceito. Um estudo de Moss e Harris (2009) demonstrou que indivíduos que se submeteram a uma cirurgia sem alteração na aparência comparados com indivíduos que se submeteram a uma cirurgia re- construtiva e de estética demonstraram fortes melhorias nas dificuldades emocionais e comportamentais relacionadas com as preocupações com a aparência. Perante a existência de uma alteração da aparência (desfigura- mento), o grau de sofrimento psicológico que resulta dessa alteração é tanto maior quanto a gravidade percebida pelo indivíduo (Moss, 2005) e pela percepção do seu suporte psicossocial (Brown, Moss, & Bayat, 2010).

Preocupações com a aparência na vida diária, podem afetar o bem-estar psicológico, influenciando o quotidiano (e.g. problemas de interação social, isolamento, relutância em participar em atividades sociais, dificuldade em estabelecer relações íntimas, etc.). A aparência é muito importante para a atividade social e os relacionamentos interpessoais, sendo a preocupação com a aparência duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens (Harris & Carr, 2001). Estudos mencionam alguma dificuldade na aceitação da autoimagem devido às mudanças físicas no corpo e em particular na face, tendo um efeito significativo no *self* (Rumsey & Harcourt, 2005). Bell, Mieth e Buchner (2015) defendem que os indivíduos fazem inferências sobre a personalidade das pessoas so- mente pela aparência facial.

A elevada preocupação com a aparência em muitas sociedades tem sido alvo de atenção pela comunidade científica, focando a insatisfação com o corpo na maioria dos jovens e adultos de todas as idades (Rumsey & Harcourt, 2012), existindo algumas limitações de instrumentos adequados para a avaliação da aparência (Carr, Harris, & James, 2000). A DAS-24, entre outros instrumentos, pode ajudar a compreender como o indivíduo percebe a sua aparência e a sua imagem corporal (Mendes & Figueiras, 2013). Um estudo de Moss e Harris (2009) permitiu perceber a importância deste instrumento na avaliação da melhoria das dificuldades emocionais e comportamentais relacionadas com a aparência, quando os indivíduos eram sujeitos a intervenção cirúrgica.

A versão original da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24), composta por 59 itens, foi desenvolvida por Carr e colaboradores em 2000, pela necessidade de compreender os problemas da aparência e quais as estratégias terapêuticas mais eficazes na intervenção sobre os níveis da autoconsciência da aparência (Carr, Moss, & Harris, 2005). A DAS-59 identificou um constructo que reflete a autoconsciência geral da aparência em mais quatro dimensões: autoconsciência da aparência em situações sociais; autoconsciência das características sexualmente

significativas do corpo; baixa autoestima; e autoconsciência das características faciais. Sendo a escala altamente homogênea, mede um constructo subjacente que os autores chamaram de autoconsciência da aparência (Carr et al., 2000).

A DAS é considerada uma nova escala de avaliação que mede a resposta de indivíduos que vivem com problemas de aparência, tendo como objetivo avaliar o sofrimento e as dificuldades sentidas com a aparência. Carr e colaboradores (2000) apresentam boa validade de constructo pela mudança das pontuações médias entre a população clínica de pré-operatório e pós-operatório (101,8-56,9;  $t = 515,6$ ;  $p < 0,001$ ) e a população normal (101,8-53,1;  $t = 528,5$ ;  $p < 0,001$ ).

A DAS-24 (Carr et al., 2005) é a versão reduzida da DAS-59 (Carr et al., 2000), instrumento válido e fiável para a avaliação do stress, dificuldades encontradas em indivíduos com problemas de aparência e autoconsciência da aparência. Pode ser administrado em populações clínicas e não-clínicas e facilita a pesquisa e tomada de decisão clínica (Carr et al., 2005).

Esta medida torna-se importante para que os profissionais de saúde possam obter um maior conhecimento sobre os níveis de angústia vivenciados pelos indivíduos com problemas na sua aparência. É importante reconhecer e valorizar o ambiente sociocultural do indivíduo de forma a orientar a tomada de decisão e a prática no contexto clínico (Carr et al., 2000, 2005).

## Método

### Participantes

Participaram neste estudo 188 homens (37%) e 320 mulheres (63%), com idades compreendidas entre os 17 anos e 89 anos ( $M = 38,17$ ;  $DP = 14,82$ ), sendo apresentada a idade dos participantes em 6 classes com um intervalo de 12 anos. A maioria dos participantes tem ensino superior (40,2%), com um estatuto socioeconómico considerado médio (57,5%), em que 52% de todos os participantes vivem em meio urbano e 46,3% em meio rural. A maioria dos participantes tem o estado civil de casado ou vive em união de facto (53,0%) (Tabela 1).

*Tabela 1 - Caracterização da Amostra*

Características sociodemográficas	Frequências	
	<i>n</i>	%
<b>Classe de idades (anos)</b>		
17-29	182	35,8
30-41	120	23,6
42-53	122	24,0
54-65	64	12,6

66-77	14	2,8
78-90	6	1,2
<b>Género</b>		
Homem	188	37,0
Mulher	320	63,0
<b>Residência</b>		
Urbano	268	52,8
Rural	240	47,2
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	196	38,6
Casado/União de facto	269	53,0
Separado/Divorciado	19	3,7
Viúvo	24	4,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino primário	59	11,6
Ensino básico	94	18,5
Ensino secundário	133	26,2
Ensino universitário	204	40,2
Pós-Graduação	18	3,5
<b>Nível socioeconómico</b>		
Baixo	186	36,6
Médio	292	57,5
Elevado	30	5,9

### **Procedimentos**

A presente amostra ( $n=508$ ) foi recolhida através de um questionário on-line ( $n = 161$ ) e a restante amostra por conveniência ( $n = 347$ ). Para que os questionários pudessem ser divulgados on-line, os mesmos foram estruturados e disponibilizados no software de formulários *Google Docs*, disponível para se responder publicamente na internet através de um link destinado às respostas dos participantes, que seriam registadas em formato eletrónico, agilizando o processo de tratamento de dados e salvaguardando a confidencialidade dos dados. A divulgação foi realizada através de contatos de e-mail disponíveis na internet (empresas públicas e privadas, associações, entre outros) e através de redes sociais (*Facebook*) em que se solicitava a divulgação do estudo pela

rede de contactos. A amostragem por conveniência iniciou-se na cidade de Coimbra, em que era solicitado a vários indivíduos a resposta aos questionários e a possibilidade de os mesmos indicarem outros indivíduos com idade igual ou superior a 17 anos para a participação no estudo.

De forma a serem comparadas as correlações do Item-Total da versão portuguesa da DAS-24 e a versão original da DAS-24, procedeu-se à citação dos valores mencionados no artigo original (Carr et al., 2005).

## **Instrumentos**

### **DAS-24**

A DAS-24 (Carr et al., 2005) é um instrumento com um total de 24 itens, respondidos numa escala tipo Likert e 6 questões adicionais, que permite medir a autoconsciência da aparência. Os 24 itens têm o objetivo de avaliar a forma como o indivíduo se sente e se comporta relativamente ao aspeto que o incomoda, sendo cotados através das seguintes opções de resposta: 1=*Nada*, 2=*Ligeiramente*, 3=*Moderadamente*, e 4=*Extremamente*, ou de 0=*N/A (não aplicável)*, 1=*Nunca/Quase nunca*, 2=*Às vezes*, 3=*Frequentemente*, e 4=*Quase Sempre*. As 6 questões adicionais descrevem-se pela questão da existência de algum aspeto da aparência que preocupa o indivíduo, três questões abertas e duas questões que pretendem avaliar até que ponto o aspeto da aparência do indivíduo causa dor/desconforto ou o limita na capacidade física, no seu quotidiano.

### **ASI-R**

O Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (The Appearance Schemas Inventory – Revised) [ASI- R] (Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004; Nazaré, Moreira, & Canavarro, 2010) é composto por 20 itens de autorresposta, respondidos numa escala de tipo Likert que varia entre 1=*Discordo fortemente* e 5=*Concordo fortemente*. É composto por dois fatores (saliência auto-avaliativa e saliência motivacional) e pretende avaliar o investimento esquemático na aparência (Cash, 2003). A versão portuguesa do instrumento (Nazaré et al., 2010) apresenta características psicométricas idênticas à versão original ( $\alpha = 0,89$ ).

### **Análise Estatística**

Recorrendo ao *software* SPSS21 e AMOS21, analisou-se o alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach de forma a avaliar a correlação entre os itens, que permite aferir a medição do mesmo constructo teórico. De forma a quantificar a intensidade e a direção da associação entre as variáveis dos instrumentos DAS-24 e ASI-R utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ).

Com o propósito de estudar a estrutura fatorial procedeu-se à análise fatorial confirmatória (AFC), com a estimação de máxima verosimilhança. A qualidade de ajustamento global do modelo

fatorial foi feita pelo teste Qui-quadrado de Ajustamento ( $X^2$ ), sendo o modelo aceitável quando  $\chi^2/\text{g.l.}$  é inferior a 5; e de acordo com os índices *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Incremental Fit Index* (IFI), sendo considerado um bom ajustamento quando os índices são próximos do valor de 1 e o RMSEA apresenta valores de referência inferiores a 0,05 (Marôco, 2014).

A fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) foram avaliadas através das fórmulas (Marôco, 2014):

$$\widehat{FC} = \frac{(\sum_{it=1}^{24} \lambda)^2}{(\sum_{it=1}^{24} \lambda)^2 + \sum_{it=1}^{24} \varepsilon} \quad \widehat{VEM} = \frac{\sum_{it=1}^{24} \lambda^2}{\sum_{it=1}^{24} \lambda^2 + \sum_{it=1}^{24} \varepsilon}$$

## Resultados

### Fiabilidade

A versão portuguesa da DAS-24 apresenta um bom índice de consistência interna ( $\alpha=0,91$ ), idêntico ao índice de consistência interna da escala original ( $\alpha = 0,92$ ), podendo estimar uma boa fiabilidade dos dados obtidos, sendo esta afetada pela precisão do instrumento.

Ao verificar a intensidade da associação entre a DAS-24 e as dimensões da ASI-R, verificam-se níveis de intensidade fraca entre a DAS-24 e a dimensão Saliência Motivacional e uma moderada associação com a dimensão Saliência Auto-Avaliativa (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre a DAS-24 e as Dimensões da ASI-R

	DAS-24	Saliência Auto-Avaliativa	Saliência Motivacional	M (DP)
DAS-24	—			34,18 (12,30)
Saliência Auto-Avaliativa	0,53**	—		33,06 (5,73)
Saliência Motivacional	0,23**	0,46**	—	23,86 (3,00)

\*\* $p < 0,01$ .

### Análise Fatorial Exploratória

Para verificar o padrão de correlações existentes entre os itens, procedeu-se a uma AFE, pelo método de análise de componentes principais, com rotação Varimax e forçada a um fator. A medida de KMO verificou homogeneidade das variáveis, o que se mostra adequado à amostra em análise (KMO = 0,93). O teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 (276) = 4474,81; p = 0,001$ ), indica

que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. O valor das correlações item-total varia entre 0,22 e 0,76 (Tabela 3). Verificaram-se correlações item- total moderadas na maioria dos itens ( $> 0,50 - < 0,80$ ) e correlações fracas ( $< 0,50$ ) no item 8 (0,23), item 15 (0,22), item 20 (0,22) e item 24 (0,39).

*Tabela 3 - Comparação das Correlações do Item-Total da DAS-24 Versão Portuguesa e Item-Total da DAS-24 Versão Original*

Item	Descrição do Item	Correlação: Item- Total (r)	Correlação: Item-Total Versão Original: (r)
1	Sentimento de confiança	0,58	0,51
2	Sentimento de angústia	0,70	0,72
3	Sentir-se irritável em casa	0,69	0,72
4	Sentir-se magoado(a)	0,66	0,67
5	Autoconsciência afeta o trabalho	0,66	0,46
6	Inquietação na praia	0,75	0,60
7	Juízo de valor da aparência	0,59	0,50
8	Sentir-se feminino/masculino	0,23	0,57
9	Autoconsciência da aparência	0,76	0,67
10	Sentir-se irritado	0,59	0,63
11	Utilização de gestos (ocultar)	0,49	0,56
12	Evitar vestuários comuns	0,50	0,60
13	Sentir angústia nos hipermercados	0,49	0,50
14	Sentir-se rejeitado	0,64	0,66
15	Evitar despir-se frente ao parceiro	0,22	0,58
16	Angustiado na prática de desportos	0,64	0,53
17	Fechar-se	0,62	0,63
18	Preocupar-se por não vestir roupas favoritas	0,63	0,64
19	Sentir-se angustiado em encontros sociais	0,66	0,68
20	Sentir-se normal	0,22	0,64
21	Afetar vida sexual	0,60	0,65
22	Evitar sair de casa	0,48	0,48
23	Angústia quando comentam a aparência	0,70	0,61
24	Evitar cafés/restaurantes	0,39	0,53

### Análise Fatorial Confirmatória

A AFC da estrutura da DAS-24 apresenta índices de qualidade de ajustamento considerados sofríveis ( $\chi^2/df=4,7$ ; GFI=0,80) a fracos (CFI=0,79; TLI=0,77; RMSEA=0,09;  $p [rmsea \leq 0,05] < 0,001$ ), sendo que a regressão e as variâncias de todos os itens são significativas ( $p=0,001$ ). Tendo-se verificado um ajustamento considerado sofrível, procedeu-se à análise dos índices de modificação através do refinamento do modelo pelas maiores co-variâncias apresentadas pelo índice de modificação obtido (Figura 1).

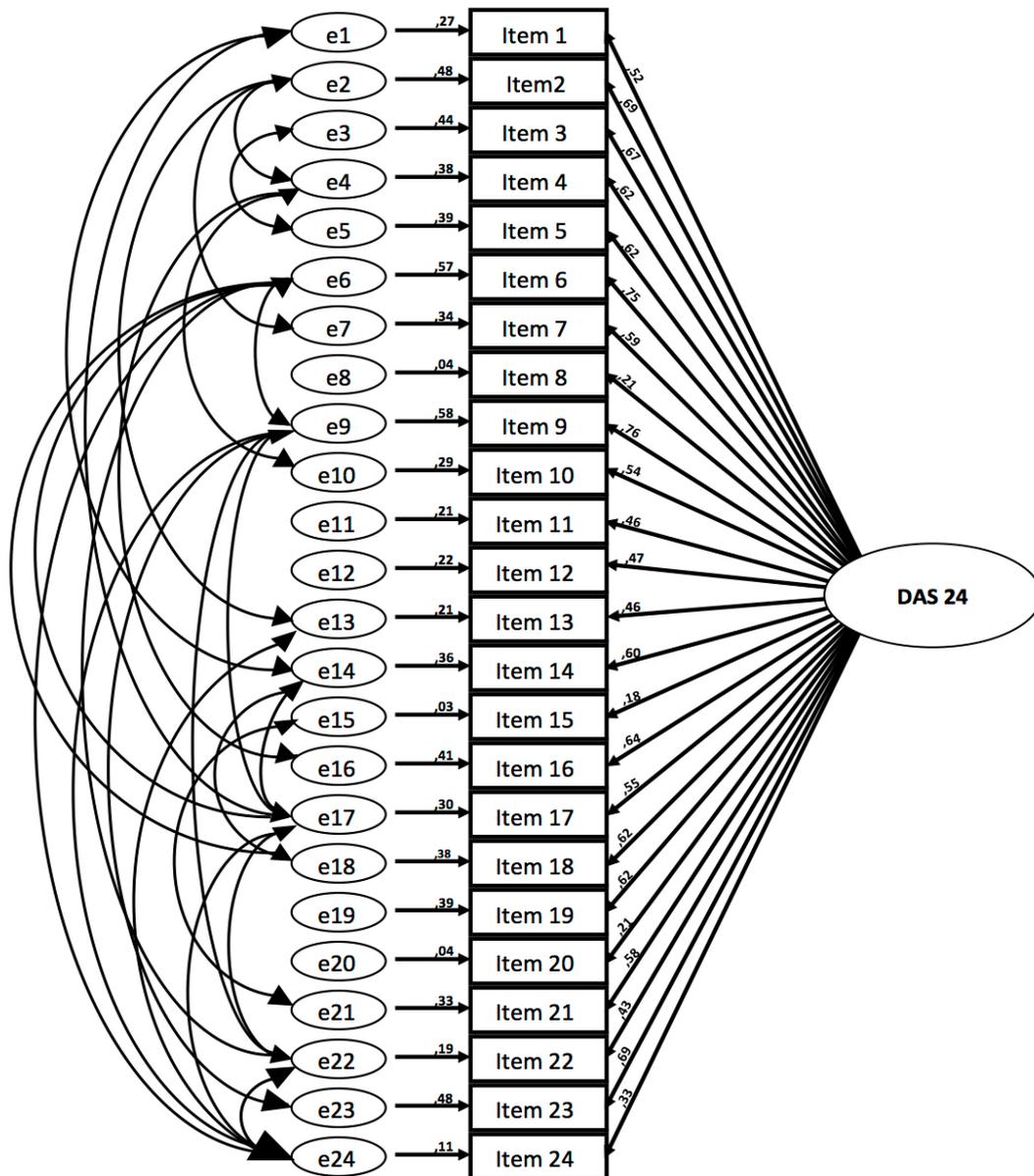


Figura 1 - Modelo Modificado de Análise Fatorial Confirmatória da DAS-24 ( $\chi^2/df = 2,467$ ; CFI = 0,93; GFI = 0,91; RMSEA = 0,054;  $n = 508$ ).

Ao modificar o modelo pelos erros estimados (maior covariância), o modelo apresenta os seguintes índices de qualidade de ajustamento:  $\chi^2/df=2,5$ ; GFI=0,91; CFI=0,93; TLI=0,91; RMSEA=0,05;  $p$  [rmsea  $\leq$  0,05] = 0,130. No primeiro modelo, o índice absoluto ( $\chi^2/df=4,6$ ) é considerado aceitável ( $<5$ ). A avaliação da qualidade do modelo (índices absolutos e índices relativos) indica um mau ajustamento (GFI=0,80; CFI=0,79; TLI=0,77), sendo considerado um ajustamento considerável quando superior a 0,90; no entanto o RMSEA=0,09 [0,08; 0,10] refere ser um modelo medíocre (Marôco, 2014). Segundo Marôco (2014), apesar de o modelo apresentar um mau ajustamento, pode proceder-se à reespecificação do modelo pela correlação dos erros. Após a reespecificação do modelo pela correlação dos erros de medida nos itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23 e 24), foi possível uma qualidade de ajustamento considerada boa ( $\chi^2/df = 2,5$ ; GFI=0,91; CFI=0,93; TLI = 0,91; RMSEA=0,05;  $p$  [rmsea  $\leq$  0,05]=0,13).

Através dos pesos fatoriais estandardizados do modelo simplificado, calculou-se a fiabilidade compósita C, que se revelou adequada (0,91), e a VEM, um indicador da validade convergente dos fatores, que se revelou baixa (0,31).

A Tabela 4 revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idades ( $F(5,49) = 8,17$ ;  $p < 0,001$ ).

*Tabela 4 - Diferenças em Relação à DAS-24 Entre os Diferentes Grupos de Idade*

Classe de Idades	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
17-29	181	37.88	13.27
30-41	118	35.09	12.75
42-53	120	30.29	9.53
54-65	62	29.57	9.65
66-77	10	32.20	11.90
78-90	1	31.00	.
Total	492	34.18	12.30

*Nota.*  $F(5,49)=8,17$ ;  $p<0,001$

Relativamente ao género, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino (Tabela 5).

Tabela 5 - Diferenças em Relação à DAS-24 entre Participantes do Sexo Masculino e Feminino

Masculino			Feminino			<i>t</i>	<i>p</i>
<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
185	33,07	12,60	307	34,85	12,08	0,13	0,72

## Discussão

Segundo Carr e colaboradores (2000), a autoconsciência geral da aparência trata-se de um conjunto de fatores/avaliações que os indivíduos têm sobre si próprios em diversas dimensões, nomeadamente: autoconsciência da aparência em situações sociais; autoconsciência das características sexualmente significativas do corpo; baixa autoestima; e autoconsciência das características faciais. Assim, a presente escala tem como constructo subjacente a medição do constrangimento ou da inibição com a aparência, através de questões que focam as emoções negativas de medo, ansiedade social, vergonha, afeto negativo, e a resposta comportamental face ao meio social.

No presente estudo, uma análise de componentes principais foi conduzida nos 24 itens da versão portuguesa da DAS-24 numa amostra de 508 participantes, apresentando uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,91$ ), indo ao encontro das conclusões da versão original com um alfa de Cronbach de 0,92 (Carr et al., 2005). Na análise fatorial exploratória dos 24 itens que constituem o instrumento verificou-se homogeneidade das variáveis ( $KMO = 0,93$ ), apresentando correlações moderadas na maioria dos itens ( $0,5 \leq r \leq 0,8$ ), à exceção dos itens 8, 15, 20, 22 e 24 que apresentam uma correlação fraca ( $0,1 \leq r \leq 0,5$ ), no entanto, nos itens 8 - *Até que ponto se sente feminino/masculino* e 20 - *Até que ponto se sente normal*, as correlações são muito baixas, sendo que estas questões causaram alguma dúvida quanto ao seu significado. As baixas correlações dos itens 15, 22 e 24, em comparação com a versão original da escala pode justificar-se pelas diferenças socioculturais, uma vez que estes itens estão relacionados com a interação/exposição social (Carr et al., 2005).

Na amostra em estudo, os resultados vão ao encontro de outros estudos, dado que as crenças relacionadas com a aparência são influenciadas por fatores culturais, estéticos, ou pressões do grupo de pares influenciam a formação do autoconceito (Clark & Tiggemann, 2008; Rosser, Moss, & Rumsey, 2010; Rumsey & Harcourt, 2005). Clark e Tiggemann (2008) mencionam também que variáveis biológicas, como o índice de massa corporal (IMC), e as influências

socioculturais (e.g., televisão, revistas, conversas sobre a aparência) poderão ser os fatores responsáveis pela influência nas variáveis psicológicas (internalização das ideias de aparência, esquemas da aparência) e na criação da imagem corporal (estima pelo corpo, desejo de magreza).

Procedeu-se a uma AFC recorrendo à testagem do primeiro modelo de equação estrutural que apresentou índices de qualidade do ajustamento sofríveis, pelo que, através da modificação dos erros estimados pela maior covariância, os níveis de qualidade de ajustamento melhoraram.

Na amostra em estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, corroborando-se estes dados com muitos estudos enunciados na literatura. Slevic and Tiggemann (2010) menciona que existe uma maior preocupação com a aparência em indivíduos novos e de meia-idade. Um estudo menciona existirem maiores preocupações com a aparência em idades inferiores a 20 anos de idade e uma menor preocupação com a aparência após os 30 anos de idade (El Ansari et al., 2010). Estas diferenças podem estar relacionadas com os meios de comunicação que fornecem informações relevantes em relação a determinadas normas sociais (Ashi- kali, Dittmar, & Ayers, 2014; Hargreaves & Tiggemann, 2009), uma vez que a televisão está correlacionada com a internalização de ideias específicas sobre a aparência (Clark & Tiggemann, 2008).

Relativamente ao género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Um estudo avaliou a perceção da imagem corporal que homens e mulheres têm num contexto íntimo, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas (Boyes, Fletcher, & Latner 2007). Ainda assim, quando são apresentadas imagens idealizadas em anúncios, os níveis de ansiedade e vergonha com o corpo aumentam, afetando negativamente a imagem corporal das mulheres (Monro & Huon, 2005). Os distúrbios alimentares, a diminuição da autoestima e a diminuição de atividades de lazer, são influenciadas pelo sentimento negativo que o indivíduo tem da sua imagem corporal (Liechty, Freeman, & Zabriskie, 2006). A conversação sobre a aparência predominante na vida de homens adultos tem uma influência sociocultural importante na insatisfação com o corpo masculino (Hargreaves & Tiggemann, 2009; Jankowski, Diedrichs, & Halliwell, 2014).

Ainda não é claro quais os fatores que influenciam o processo de ajustamento à aparência, sendo extensa a lista de variáveis que determinam as diferenças individuais, uma vez que o impacto psicossocial da aparência é complexo e parece inapropriado medir-se somente por um ou dois elementos isolados (Rumsey & Harcourt, 2005).

Por último, é importante atender às limitações do presente estudo, especificamente ao número reduzido de participantes e por ser constituída por uma amostra não clínica. De forma a

permitir uma maior generalização dos resultados, sugere-se em futuros estudos, a aplicação da presente escala numa amostra com indivíduos que apresentem um desfiguramento facial/alteração da IC.

### **Financiamento**

Os autores não têm qualquer financiamento a declarar.

### **Conflito de Interesses**

Os autores declaram que não existem quaisquer conflitos de interesses.

### **Agradecimentos**

Os autores não têm quaisquer apoios a declarar.

### **Referências**

- Ashikali, E.-M., Dittmar, H., & Ayers, S. (2014). The effect of cosmetic surgery reality TV shows on adolescent girls' body image. *Psychology of Popular Media Culture, 3*, 141-153. doi:10.1037/ppm0000022
- Bell, R., Mieth, L., & Buchner, A. (2015). Appearance-based first impressions and person memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 41*, 456-472. doi:10.1037/xlm0000034
- Berscheid, E. (1981). An overview of the psychological effects of physical attractiveness. In G. W. Lucker, K. A. Ribbens, & J. A. McNamara Jr. (Eds.), *Psychological aspects of facial form* (pp. 136-150). Ann Arbor, MI, USA: Center for Human Growth and Development.
- Boyes, A. D., Fletcher, G. J. O., & Latner, J. D. (2007). Male and female body image and dieting in the context of intimate relationships. *Journal of Family Psychology, 21*, 764-768. doi:10.1037/0893-3200.21.4.764
- Brown, B. C., Moss, T. P., & Bayat, A. (2010). Skin scar preconceptions must be challenged: Importance of self-perception in skin scarring. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 63*, 1022-1029. doi:10.1016/j.bjps.2009.03.019
- Carr, T., Harris, D., & James, C. (2000). The Derriford Appearance Scale (DAS-59): A new scale to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology, 5*, 201-215. doi:10.1348/135910700168865
- Carr, T., Moss, T., & Harris, D. (2005). The DAS-24: A short form of the Derriford Appearance

- Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology*, *10*, 285-298. doi:10.1348/135910705X27613
- Cash, T. (2003). *Brief manual for the Appearance Schemas Inventory – Revised*. Available from <http://www.body-images.com/assessments/asi.html>
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, *1*, 1-5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Cash, T. F., Melnyk, S., & Hrabosky, J. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *The International Journal of Eating Disorders*, *35*(3), 305-316. doi:10.1002/eat.10264
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2004). *Body image – A handbook of theory, research & clinical practice*. New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Cash, T., & Smolak, L. (2012). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Clark, L., & Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, *44*, 1124-1134. doi:10.1037/0012-1649.44.4.1124
- Cordeiro, R. A. (2008). Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica*, *24*, 509-517. doi:10.14417/ap.548
- El Ansari, W., Clausen, S. V., Mabhala, A., & Stock, C. (2010). How do I look? Body image perceptions among university students from England and Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *7*, 583-595. doi:10.3390/ijerph7020583
- Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2009). Muscular ideal media images and men's body image: Social comparison processing and individual vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*, *10*, 109-119. doi:10.1037/a0014691
- Harris, D. L., & Carr, A.T. (2001). Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British Journal of Plastic Surgery*, *54*, 223-226. doi:10.1054/bjps.2001.3550
- Jankowski, G., Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. (2014). Can appearance conversations explain differences between gay and heterosexual men's body dissatisfaction? *Psychology of Men & Masculinity*, *15*, 68-77. doi:10.1037/a0031796
- Liechty, T., Freeman, P. A., & Zabriskie, R. B. (2006). Body image and beliefs about appearance: Constraints on the leisure of college-age and middle-age women. *Leisure Sciences*, *28*, 311-

330. doi:10.1080/01490400600745845

- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2nd ed.). Lisbon, Portugal: ReportNumber.
- Mendes, J., & Figueiras, M. (2013). Desfiguramento facial adquirido: Breve revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*, 484-501. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36229333009>
- Monro, F., & Huon, G. (2005). Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. *The International Journal of Eating Disorders*, *38*, 85-90. doi:10.1002/eat.20153
- Moss, T. P. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, *2*, 151-159. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.004
- Moss, T. P., & Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: The role of the self-concept. *Psychology & Health*, *19*, 737-748. doi:10.1080/08870440410001722967
- Moss, T. P., & Harris, D. L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: A prospective controlled outcome study. *Psychology Health and Medicine*, *14*, 567-572. doi:10.1080/13548500903112374
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, *8*, 21-36. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14292/1/Vers%C3%a3o%20final.pdf>
- Rosser, B. A., Moss, T., & Rumsey, N. (2010). Attentional and interpretative biases in appearance concern: An investigation of biases in appearance-related information processing. *Body Image*, *7*(3), 251-254. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.007
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2005). *The psychology of appearance*. Maidenhead, United Kingdom: Open University Press. Rumsey, N., & Harcourt, D. (2012). *The Oxford handbook of the psychology of appearance*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Slevec, J., & Tiggemann, M. (2010). Attitudes toward cosmetic surgery in middle-aged women: Body image, aging anxiety, and the media. *Psychology of Women Quarterly*, *34*, 65-74. doi:10.1111/j.1471-6402.2009.01542.x
- Smolak, L. (2012). Appearance in childhood and adolescence. In N. Rumsey & D. Harcourt (Eds.),

*The Oxford handbook of the psychology of appearance* (pp. 123-141). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Tiggemann, M., & Slevec, J. (2012). Appearance in adulthood. In N. Rumsey & D. Harcourt (Eds.), *The Oxford handbook of the psychology of appearance* (pp. 160-174). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

## **Artigo IV. Influence of Personality Traits in Self-Evaluative Salience, Motivational Salience and Self-Consciousness of Appearance**

**Artigo Publicado:** Mendes, J., Figueiras, M., & Moss, T. (2016) “Influence of Personality Traits in Self-Evaluative Salience, Motivational Salience and Self-Consciousness of Appearance”. *Psychology, Community & Health*, 5, 187-197. doi: 10.5964/pch.v5i2.168

### **ABSTRACT**

**Aim:** The aim of this study was to understand the possible influence of personality traits on the importance and significance of perception of body image and self-awareness of appearance in individuals. **Method:** 214 online recruited subjects between the ages of 17 and 64 years answered to a socio-demographic questionnaire, the Portuguese version of the instruments NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory), ASI-R (The Appearance Schemas Inventory – Revised) and DAS-24 (Derriford Appearance Scale – short).

**Results:** It was found that age, Neuroticism and Agreeableness dimensions significantly influence an individual's investment in body image and self-awareness of appearance. Sexual orientations differed with regard to Self-Evaluative Salience and Self-Consciousness of Appearance. **Conclusion:** The performed analysis showed that neuroticism and agreeableness are related to Self-Evaluative Salience and Self-Consciousness of Appearance.

*Keywords:* Big-Five factors, Self-Evaluative Salience, Motivational Salience, Self-Consciousness of Appearance

### **Introduction**

There is often the assumption that personality and intelligence are indicated by the individual's appearance. For example, a physical appearance that deviates from the norm is often associated with features of intellectual disabilities (Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006).

There are several theories developed in an attempt to classify the diversity evident in human morphology (Falvey, 2012). For example, physiognomy studies the head and face in order to determine the characteristics of personality where the size, shape, and arrangement of lines and details have a meaning, creating a general sketch of the personality of the individual (McNeil, 1973). Jones, Kramer, and Ward (2012) refer to evidence of associations between personality traits and facial appearance.

Fontaine (2000) argues that defining personality becomes a dangerous task, and may lead

to misconceptions through external effects that mistake personality with reputation (Allport, 1966); a complete theory of personality is lacking (Lima & Simões, 2000).

Cash (2004) mentions that the body image develops based on personal experiences, physical characteristics, culture, and personality attributes. However, appearance is dynamic and changes throughout life, being influenced by genetics, nutrition, health, illness, medical, and surgical interventions (Allport, 1966; Harris, 1997). Each individual possessed a representation of how she/he appears, and a representation of what she/he thinks others think of us (Fontaine, 2000). Harris (1997) claims that there are two distinct views of what constitutes a different appearance: the individual himself and who observes.

The physical characteristics, personality attributes, interpersonal and cultural experiences influence the development of schemas and body image attitudes (Cash, 1997). Rumsey and Harcourt (2004) argue that beliefs influence the way we perceive and body image influences the way people think and feel about themselves.

The social representation of the body may be related to beauty and physical appearance as synonyms of power in interpersonal relationships. It is semantically close to the perspective that relates the body to a vehicle of subjectivity and personality (Secchi, Camargo, & Bertolo, 2009). The face is strongly associated with the personality of the individual and when there is a change in the face (after a trauma), there are strong feelings of depersonalization (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006).

Several studies have pointed to personality as a key feature influencing responses to personal and social events, when the individual is confronted with changes to their appearance (De Sousa, 2010; Gonçalves, Echevarria-Guanilo, De Carvalho, Miaso, & Rossi, 2011; Islam, Hooi, & Hoffman, 2009; Thambyrajah, Herold, Altman, & Llewellyn, 2010; Thombs et al., 2008).

Studies mention that there is an influence of personality traits on self-perception of appearance, for example, associations between neuroticism and a tendency to experience negative emotional states can influence a more negative body image (Swami et al., 2013); personality attributes influence body image (Cash, 2004); the acceptance of submitting to plastic surgery is associated with personality factors, where conscientiousness positively influences the social attitudes towards plastic surgery (Swami, Chamorro-Premuzic, Bridges, & Furnham, 2009); Warner and Sugarman (1986) mention that facial appearance can be a communication channel that provides information on a number of dimensions of personality. So, the aim of this study was to understand which dimensions of personality influence the perception of body image.

## Method

### Participants

The questionnaires used in the present study were organized and made available online through Google Docs platform, in which all questions were mandatory. The dissemination of the study was performed through a contact by email to several public and private entities, personal contacts, and social networks (and for convenience, it was asked to Portuguese participants to forward the questionnaire to their network of contacts).

Two hundred and fourteen subjects participated in this study. Descriptive statistics are shown in Table 1. The mean age was 30.67 years ( $SD = 9.24$ ), equally distributed by gender.

Table 1 - Characteristics of participants ( $N = 214$ )

Characteristic	Index (%)
<b>Gender</b>	
Men	50
Women	50
<b>Sexual orientation</b>	
Heterosexual	44.9
Bisexual	14.5
Homosexual	40.7
<b>Residence</b>	
Large urban	38.3
Small urban environment	45.8
Large rural areas	8.4
Small rural environment	7.5
<b>Educational qualifications</b>	
0 years to 4 years	5.
Up to 9 years	3.7
Up to 12 years	21
Bachelor's degree	7
Undergraduate	46.3
Master	19.6
PhD	1.9

### Marital Status

Single	66.8
Married	12.6
Widower	5.
Divorced	7
Cohabiting	13.1

---

When asked how much the participants were concerned with their appearance (nothing, little, indifferent, moderate, too much), 63.1% mentioned being moderately worried and 25.2% reported to worry too much about their appearance.

### Instruments

#### NEO-Five Factor Inventory

The Portuguese version of the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1989; Magalhães et al., 2014) is composed of 60 items, with a Likert-type response format with 5 response options (1 – *strongly disagree* to 5 – *strongly agree*) which allows us to obtain a reliable version of the domains of the five factors model with good values of internal consistency for the dimensions: Conscientiousness ( $\alpha = .81$ ), Neuroticism ( $\alpha = .81$ ), Extraversion ( $\alpha = .75$ ), Agreeableness ( $\alpha = .72$ ) and Openness ( $\alpha = .71$ ).

#### Appearance Schemes Inventory-Revised

The Portuguese version of the Appearance Schemes Inventory-Revised (ASI-R; Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004; Nazaré, Moreira, & Canavarro, 2010) is composed of 20 items answered in a Likert-type scale ranging from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*). It comprises two factors (Self-Evaluative Salience and Motivational Salience) and intends to evaluate the schematic investment in appearance (Cash, 2004). The Portuguese version of the instrument (Nazaré et al., 2010) presents an internal consistency identical to the original version ( $\alpha = .89$ ).

#### Derriford Appearance Scale – 24

The Portuguese version of the Derriford Appearance Scale – 24 (DAS-24; Moreira & Canavarro, 2007; Carr, Moss, & Harris, 2005) is composed of 24 items (0 = *N/A [not applicable]*, 1 = *Nothing*, 2 = *Mildly*; 3 = *Moderately*; 4 = *Extremely* and 1 = *Never/Almost never*, 2 = *Sometimes*, 3 = *Frequently* and 4 = *Almost always*) and 6 additional items assess self-consciousness about appearance

and describe the existence of some aspect of appearance that concern the individual. The psychometric study of the Portuguese version (Mendes, Figueiras, Moreira, & Moss, 2016) presents good internal consistency ( $\alpha = .91$ ).

### **Statistical Analyses**

It is intended with the bivariate correlations to verify if the variables Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience relate to the dimensions of the NEO-FFI.

Multiple linear regressions allow obtaining a parsimonious model that could predict the Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience from the independent variables (Neuroticism, Extraversion, Openness, Agreeableness and Conscientiousness).

We have used the Durbin-Watson statistic to evaluate the assumption of independence and VIF ( $< 5$ ) to diagnose the multicollinearity (Marôco, 2010). A  $p$ -value of 0.05 was considered as statistically significant.

The effect of type of sexual orientation on the levels of Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative and Motivational Salience was evaluated with an ANOVA for each of the dependent variables, followed by *post-hoc* Tuckey HSD test for  $\alpha = .05$ .

Multivariate variance analysis (MANOVA) was performed to assess whether schematic investment in appearance described by individuals had a statistically significant effect on self-consciousness about appearance. There are no missing values.

### **Results**

As shown in Table 2, there are significant positive correlation between Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience, and two of the NEO-FFI dimensions (Neuroticism and Agreeableness); there is a significant positive correlation between Motivational Salience and Conscientiousness. The variables Neuroticism, Self-Consciousness of Appearance and Self-Evaluative Salience showed significant negative correlations with age.

Table 2 - Bivariate correlations between acts, big five personality factors, self-consciousness of appearance, self-evaluative salience and motivational salience

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
(1) Age	—	-.210**	.054	.094	-.132	-.049	-.266**	-.159*	-.095
(2) N		—	-.011	.032	.231**	-.085	.451**	.412**	.139*
(3) E			—	.314**	.069	.213**	-.086	.089	-.011
(4) O				—	.295**	.226**	-.019	.110	.122
(5) A					—	.015	.237**	.270**	.239**
(6) C						—	-.080	.065	.185**
(7) SCA							—	.492**	.103
(8) SES								—	.348**
(9) MS									—
M	30.67	36.20	40.41	35.91	37.09	41.58	40.10	37.55	24.90
SD	9.235	4.791	3.788	3.479	4.243	3.244	12.832	4.912	2.659

Note. N= Neuroticism; E= Extraversion; O= Openness; A= Agreeableness; C= Conscientiousness; SCA=Self-Consciousness of Appearance; SES= Self-Evaluative Salience; MS= Motivational Salience

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Multiple linear regression identified Neuroticism and Agreeableness as significant predictors of Self-Consciousness of Appearance and Self-Evaluative Salience (Table 3). Neuroticism presented greater power for explaining the relation of Self-Consciousness of Appearance and Self-Evaluative Salience. Independent variables can explain 21.5% of the variation found in Self-Consciousness of Appearance and 19.6% of the variation in Self-Evaluative Salience.

*Table 3 - Multiple Linear Regression With Self-consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience as the Dependent Variable*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F(df)</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>Self-Consciousness of Appearance</b>					12.683(5.208)	.215
Neuroticism	1.105	.413	6.586	***		
Extraversion	-.245	-.072	-1.117	.265		
Openness	-.193	-.052	-.770	.442		
Agreeableness	.492	.163	2.488	**		
Conscientiousness	-.081	-.020	-.322	.748		
<b>Self-Evaluative Salience</b>					11.370(5.208)	.196
Neuroticism	.388	.378	5.964	***		
Extraversion	.080	.062	.943	.347		
Openness	.013	.009	.137	.891		
Agreeableness	.202	.175	2.639	**		
Conscientiousness	.120	.079	1.238	.217		
<b>Motivational Salience</b>					4.928(5.208)	.084
Neuroticism	.059	1.568	1.568	.118		
Extraversion	-.055	-1.117	-1.117	.265		
Openness	.029	.518	.518	.605		
Agreeableness	.129	2.910	2.910	.004		
Conscientiousness	.163	2.901	2.901	.004		

We observed a statistically significant effect of the type of sexual orientation on the levels of Self-Consciousness of Appearance and Self-Evaluative Salience (Table 4). The Tuckey's HSD test (Table 5) allows us to observe the significant differences between heterosexuals/bisexuals and heterosexuals/homosexuals, no differences were found between homosexuals/bisexuals.

Table 4 - Differences in Relation to Variables Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience, Between Participants With Different Sexual Orientations

Sexual Orientation	N	M	SD	ANOVA	
				F(df)	p
<b>Self-Consciousness of Appearance</b>				7.22 (2.211)	.001
Heterosexuals	96	36.85	10.89		
Bisexuals	31	45.87	13.86		
Homosexuals	97	41.62	13.56		
<b>Self-Evaluative Salience</b>				5.10 (2.211)	.007
Heterosexuals	96	36.40	4.87		
Bisexuals	31	38.93	3.71		
Homosexuals	97	38.32	5.10		
<b>Motivational Salience</b>				0.97 (2.211)	.381
Heterosexuals	96	24.62	2.67		
Bisexuals	31	25.03	2.56		
Homosexuals	97	25.16	2.66		

Table 5 - Tukey's HSD test (95% CI)

Sexual Orientation		$M_{\text{Group 1}} - M_{\text{Group 2}}$	p
Group 1	Group 2		
<b>Self-Consciousness of Appearance</b>			
Heterosexual	Bisexual	-9.02	.002
Heterosexual	Homosexual	-4.77	.028
Bisexual	Homosexual	4.25	.236
<b>Self-Evaluative Salience</b>			
Heterosexual	Bisexual	-2.53	.032
Heterosexual	Homosexual	-1.92	.021
Bisexual	Homosexual	0.61	.816
<b>Motivational Salience</b>			
Heterosexual	Bisexual	-0.41	.739
Heterosexual	Homosexual	-0.54	.363
Bisexual	Homosexual	-0.13	.971

The levels of concern with the appearance described by the participants were related to Self-Evaluative Salience

( $F(5,208) = 7.257; p < .001; \eta_p^2 = .149; \pi = .999$ ) and Motivational Salience ( $F(5,208) = 8.360; p < .001; \eta_p^2 = .167; \pi = 1$ ). According to the post-hoc Tukey's HSD test, statistically significant differences occurred between levels of concern (Table 6).

Table 6 - Concern Levels With the Appearance - Tukey's HSD Test (95% CI)

<b>Self-Evaluative Salience</b>				
<b>Concern Level</b>	<b>Little</b>	<b>Moderately</b>	<b>Very much</b>	<b>Too much</b>
Little		-377	-6.61 ***	-9.85 ***
Moderately			-2.83 **	-6.07 *
Very much				-3.24
Too much				
<b>Motivational Salience</b>				
<b>Concern Level</b>	<b>Little</b>	<b>Moderately</b>	<b>Very much</b>	<b>Too much</b>
Little		-87	- 2.63**	-5.04**
Moderately			-1.76***	-4.17**
Very much				-2.41
Too much				

*Note.* Values are differences between the means of Self-Evaluative Salience and Motivational Salience, respectively, for participants with different levels of concern.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

This study found no statistically significant differences between the variables socio-economic status, marital status, residence, and gender regarding Self-Consciousness Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience.

## Discussion

Most personality theorists assume that personality develops, in a large part, within the social environment in which the individual takes the qualities promoted by the environment in which it operates (McCrae & Costa, 2006).

Through a descriptive analysis of socio-demographic characteristics, we can see that most

of the participants live in urban areas (84.1%) are single (66.8%) and mostly has a top-level education (67.8%). Through the question "how much you care about your appearance?", it was found that most participants cared moderately with their appearance. These data are in line with the concern with the appearance described by Rumsey and Hardcourt (2012) who mention numerous records of dissatisfaction with the body in youths and adults of all ages.

Although the correlation is weak, age presented a linear relationship with Self-Consciousness of Appearance ( $r = -.27$ ;  $p < .01$ ) and Self-Evaluative Saliency ( $r = -.16$ ;  $p < .05$ ). Slevic and Tiggemann (2010) mention that there is a great concern about the appearance in young and middle-aged individuals. A study mentions that there were greater concerns about the appearance at ages of less than 20 years old and a minor concern about the appearance after 30 years of age (Ansari, Clausen, Mabhala, & Stock, 2010). The Appearance Research Centre demystifies the myth that older people worry less about appearance, having discovered evidence that many elderly people have high levels of concern about appearance (Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey, & Newell, 2014).

There was a significant relationship between Neuroticism, Self-Consciousness of Appearance and the Self-Evaluative Saliency. The relationship between these variables can be in the constitution of each one of them. Neuroticism was associated with concerns and feelings of incompetence, excessive wishes and needs, and emotional decompensation (Lima & Simões, 1997); the Self-Consciousness of Appearance was associated with the concerns and behaviours in relation to the global body self-awareness (Carr, Moss, & Harris, 2005), and Self-Evaluative Saliency was associated with various manifestations of psychopathology (Nazaré et al., 2010).

A study of Swami et al. (2013) mention that neuroticism was significantly associated with body image and the examination of the body, potentially leading to creation of a negative body image. These authors argue that individual differences and the personality of the individual are associated with the components of assessment of body image. This relationship can be associated with the dynamic development of personality traits into adult life, which is related to a decrease in neuroticism and an increase of Agreeableness, conscientiousness and openness, being the least consistent extraversion (Wright, Pincus, & Lenzenweger, 2011). Swami and collaborators (2013) point that neuroticism is associated with a negative assessment of the self-appearance and dissatisfaction with facial appearance, low appreciation of the body and a high discrepancy between ideal and actual weight.

According to Wortman, Lucas, and Donnellan (2012), personality traits reach maturity in adult age, but are not fixed on a particular point of adult life. On the other hand, the personality

traits associated with health behaviours can be modified by specific changes in behaviour which become automatic over time (Magidson, Roberts, Collado- Rodriguez, & Lejuez, 2014). The personality traits may influence the self-perception of health and whether individuals feel younger or older than their chronological age. Relations between the self-assessment of health, personality traits and subjective age vary according to the chronological age (Stephan, Demulier, & Terracciano, 2012). It should be noted that there are significant associations between body dissatisfaction, influences of media, celebrity worship and the five factors of personality (Swami, Taylor, & Carvalho, 2011).

There were statistically significant differences between sexual orientation and self-awareness of appearance and self-evaluative salience. These differences can be related to the fact that gays are particularly vulnerable to dissatisfaction with their bodies (Jankowski, Diedrichs, & Halliwell, 2014). Jankowski, Fawkner, Slater, and Tiggemann (2014) verified that the magazines aimed at gay men have more "appearance potent" male photos than the magazines aimed at heterosexual men by presenting more images of men with an ideal appearance.

Overall, the authors believe that this work contributes for a better understanding of which personality traits act as predictors of self-perception of the individual, failing to reveal statistically relevant effects of most socio-demographic variables.

### **Competing Interests**

One of the authors (MJF) is a member of the Editorial Board, but played no editorial role for this particular article or intervened in any form in the peer review procedure.

### **Funding**

The authors have no funding to report.

### **Acknowledgments**

The authors have no support to report.

### **References**

- Allport, G. (1966). *Personalidade: Padrões e Desenvolvimento*. São Paulo, Brazil: Herder.
- Ansari, W., Clausen, S. V., Mabhala, A., & Stock, C. (2010). How do I look? Body image perceptions among university students from England and Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 583-595. doi:10.3390/ijerph7020583

- Brill, S. E., Clarke, A., Veale, D. M., & Butler, P. E. M. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image, 3*, 1-5. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.002
- Carr, T., Moss, T., & Harris, D. (2005). The DAS24: A short form of the Derriford Appearance Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology, 10*, 285-298. doi:10.1348/135910705X27613
- Cash, T. (1997). *The body image workbook: An eight-step program for learning to like your looks*. Oakland, CA, USA: New Harbinger.
- Cash, T. (2004). Cognitive-behavioral, perspectives on body image. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-64). New York, NY, USA: Guilford Press.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 305-316. doi:10.1002/eat.10264
- Clarke, A., Thompson, A. R., Jenkinson, E., Rumsey, N., & Newell, R. (2014). *CBT for Appearance Anxiety – Psychosocial Interventions for Anxiety due to Visible Difference*. Chichester, United Kingdom: Wiley Blackwell.
- Costa, P., & McCrae, R. (1989). *The NEO-PI/FFI Manual Supplement*. Odessa, FL, USA: Psychological Assessment Resources.
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian Journal of Plastic Surgery, 43*, 200-205. doi:10.4103/0970-0358.73452
- Falvey, H. (2012). Cross-cultural differences. In N. Rumsey & D. Harcourt (Eds.), *The Oxford handbook of the psychology of appearance* (pp. 36-46). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Gonçalves, N., Echevarria-Guanilo, M. E., de Carvalho, F., Miaso, A. I., & Rossi, L. A. (2011). Biopsychosocial factors that interfere in the rehabilitation of burn victims: Integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*, 622-630. doi:10.1590/S0104-11692011000300023
- Harris, D. (1997). Types, causes and physical treatment of visible differences. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge (Eds.), *Visibly different: Coping with disfigurement*. Oxford, United Kingdom: Butterworth Heinemann.

- Islam, S., Hooi, H., & Hoffman, G. R. (2009). Presence of pre-existing psychological comorbidity in a group of facially injured patients: A preliminary investigation. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, *67*, 1889-1894. doi:10.1016/j.joms.2009.04.044
- Jankowski, G., Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. (2014). Can appearance conversations explain differences between gay and heterosexual men's body dissatisfaction? *Psychology of Men & Masculinity*, *15*, 68-77. doi:10.1037/a0031796
- Jankowski, G. S., Fawkner, H., Slater, A., & Tiggemann, M. (2014). "Appearance potent"? A content analysis of UK gay and straight men's magazines. *Body Image*, *11*, 474-481. doi:10.1016/j.bodyim.2014.07.010
- Jones, A. L., Kramer, R. S. S., & Ward, R. (2012). Signals of personality and health: The contributions of facial shape, skin texture, and viewing angle. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, *38*, 1353-1361. doi:10.1037/a0027078
- Lima, M. P., & Simões, A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO-PI-R: Resultados da Aferição Portuguesa. *Psicologica*, *18*, 25-46.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, *18*, 171-179. doi:10.14417/ap.412
- Maddern, L. H., Cadogan, J. C., & Emerson, M. P. (2006). "Outlook": A psychological service for children with a different appearance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*, 431-443. doi:10.1177/1359104506064987
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.-J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in a Portuguese contexto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *27*, 642-657. doi:10.1590/1678-7153.201427405
- Magidson, J. F., Roberts, B. W., Collado-Rodriguez, A., & Lejuez, C. W. (2014). Theory-driven intervention for changing personality: Expectancy value theory, behavioral activation, and conscientiousness. *Developmental Psychology*, *50*, 1442-1450. doi:10.1037/a0030583
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Lisbon, Portugal: ReportNumber, Lda.
- McCrae, R., & Costa, P. (2006). *Personality in adulthood: A Five-Factor theory perspective*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- McNeil, E. (1973). *Being human: The psychological experience*. New York, NY, USA: Harper & Row.
- Mendes, J. C. S., Figueiras, M. J., Moreira, H., & Moss, T. (2016). Análise Fatorial da Versão

- Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24). *Psychology, Community & Health*, 5, 31-43. doi:10.5964/pch.v5i1.128
- Moreira, H., & Canavarro, M. (2007). *The Portuguese version of the Derriford Appearance Scale - 24* (Unpublished manuscript). Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences, Coimbra, Portugal.
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8, 21-36. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14292/1/Vers%C3%A3o%20final.pdf>
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). *The psychology of appearance*. Maidenhead, United Kingdom: Open University Press. Rumsey, N., & Harcourt, D. (2012). *The Oxford handbook of the psychology of appearance*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Secchi, K., Camargo, B., & Bertolo, R. (2009). Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 229-236. doi:10.1590/S0102-37722009000200011
- Slevec, J., & Tiggemann, J. (2010). Attitudes toward cosmetic surgery in middle-aged women: Body image, aging anxiety, and the media. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 65-74. doi:10.1111/j.1471-6402.2009.01542
- Stephan, Y., Demulier, V., & Terracciano, A. (2012). Personality, self-rated health, and subjective age in a life-span sample: The moderating role of chronological age. *Psychology and Aging*, 27, 875-880. doi:10.1037/a0028301
- Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., Bridges, S., & Furnham, A. (2009). Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image*, 6, 7-13. doi:10.1016/j.bodyim.2008.09.004
- Swami, V., Taylor, R., & Carvalho, C. (2011). Body dissatisfaction assessed by the Photographic Figure Rating Scale is associated with sociocultural, personality, and media influences. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 57-63. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00836.x
- Swami, V., Tran, V., Brooks, L., Kanaan, L., Luesse, M., Nader, I., . . . Voracek, M. (2013). Body image and personality: Associations between the Big Five Personality Factors, actual-ideal weight discrepancy, and body appreciation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 146-151.

doi:10.1111/sjop.12014

- Thambyrajah, C., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn, C. (2010). "Cancer doesn't mean curtains": Benefit finding in patients with head and neck cancer in remission. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 666-682. doi:10.1080/07347332.2010.516812
- Thombs, B. D., Notes, L. D., Lawrence, J. W., Magyar-Russell, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 205-212. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.003
- Warner, R. M., & Sugarman, D. B. (1986). Attributions of personality based on physical appearance, speech, and handwriting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 792-799. doi:10.1037/0022-3514.50.4.792
- Wortman, J., Lucas, R., & Donnellan, M. (2012). Stability and change in the Big Five personality domains: Evidence from a longitudinal study of Australians. *Psychology and Aging*, 27, 867-874. doi:10.1037/a0029322
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., & Lenzenweger, M. F. (2011). Development of personality and the remission and onset of personality pathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 1351-1358. doi:10.1037/a0025557

## **Artigo V. Psychological Adjustment to Acquired Facial Disfigurement: Personality Characteristics, Self-concept and Satisfaction with Social Support - longitudinal study**

Artigo Submetido: Psychology and Health

### **Abstract**

**Aim:** We intend to contribute towards a better understanding of the variables that affect the Schematic Investment and Self-consciousness of the appearance of those who suffer from acquired facial disfigurement.

**Method:** Involved 67 individuals who have been submitted to plastic and reconstructive surgery and completed a questionnaire evaluating the influence of personality traits, optimism, self-concept, emotions and perception of satisfaction with social support, and with the perception of appearance during their admittance to the hospital, and 12 months after the surgery.

**Results:** In both evaluative instances, there are meaningful statistical differences for the variables Extraversion, Openness, Agreeableness, Conscientiousness, Self-concept and Self-Consciousness of Appearance. In both evaluations, Self-consciousness of Appearance reveal a positive relationship with the dimension Neuroticism and a negative relation with Self-concept.

**Conclusion:** Results reveal that Schematic Investment and Self-consciousness of appearance vary in time and that there are variants that influence the adjustment to acquired facial disfigurement.

**Key words:** Personality, Positive and Negative Affect, Self-Concept; Optimism; Social Support; Schematic Investment of Appearance and Self-Consciousness of Appearance; Acquired Facial Disfigurement

### **Introduction**

An identity is intimately linked to a face, wherein acceptance requires an affinity with the face of the individual (Alves, 2016). The face is considered to be the part of the body that reflects beauty and attraction, thus distinguishing one individual from another, and it is difficult to minimize the importance of the face in interaction and social judgment, especially during an initial phase (Elks, 1990; Callalhan, 2004; Rumsey & Harcourt, 2012).

Most of us share a simple and common idea of what a “normal” visage looks like (Partridge, 2003), however, small concerns with appearance (scars on the skin, disfigurement, obesity, and others) may generate severe suffering, thus given way to possible dysfunctional behaviours (Carr, Harris & James, 2000). The face is strongly associated with the personality of an individual and

when there is an alteration on the face there are strong feelings of depersonalisation (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006).

After a facial surgical intervention, the individual might lose various factors such as the “normal” visage, speech and communication, the ability to smell and taste, an acute threat to self-image and self-confidence, which can cause high levels of depression and the possibility of suicidal thoughts (Kugaya, Akechi, Okamura, Mikami, & Uchitomi, 1999). Partridge (2003) mentions that there are no known ideal answers for adjustment to facial disfigurements, when social circumstances, the evaluation of the individual and self-confidence are “tied up” to the face of the individual.

Facial disfigurement caused by burns causes deep psychological damage that could threaten life itself (Carll, 2007), as most individuals with facial disfigurement suffer from negative emotions, social avoidance and low levels of self-image (Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013). Dropkin (1999) defends that the demonstration of emotions via facial expression is one of the integral function of individuals who are subjected to facial surgery.

From childhood, body image is affected by emotions (Cash & Pruzinsky, 2004). Alves (2016) complements that emotions affect the psychological and social functioning and that these are influenced by various experiences of the individual. Maclachlan, Mháille, Gallagher e Desmond (2012) mention that body perception is influenced by self-concept when the body image is altered.

As body image is influenced by a complex interaction of variables (Cash, 2004), it is described as a central characteristic of self-concept for some individuals, making them more sensitive to the internalisation of information on weight, shape and the size of the body (Markus, Hamil, & Senis, 1987). The development of the meaning of self is reflected by the behaviour of the individual from the observed reactions of the others towards himself and via the processing of social information over which aspects of self are more valuable (Markus, 1977). Moss and Carr (2005) mention self-concept as a conceived multifaceted, dynamic and hierarchical processing network. According to Maddern, Cadogann, and Emerson (2006), self-concept may be related to social difficulties felt by the individuals who suffer from a facial disfigurement and that are moderated by the perceived reactions of others regarding their appearance and attractiveness.

Facial disfigurement has a deep impact on the daily life of an individual because it influences communication with the outside world, which is vital to health, wellness and survival (Soni, Barker, et. al. 2010). The same authors quote that those who suffer from facial disfigurement are confronted with many problematic situations, forcing them to take a critical stand and to choose options that are somewhat conscientious or supported, influencing the course of their lives and their wellness.

Partridge (2003) mentions the need for a mutual reinforced intervention on facial reconstruction and psycho-social rehabilitation as the main frequently reported difficulty by an individual suffering from facial disfigurement is defined by a negative perception and a difficult social interaction (Rumsey & Harcourt, 2004) given the fact that isolation contributes towards some psychological disorders (Tagkalakis & Demiri, 2009).

Ribeiro (2011), describes social support as a resource that is available to individuals and social circles, allowing them to believe that they are loved, appreciated and worthy, and part of a communication network of common obligations. Nonetheless, the ability of an individual to deal with alterations on their visage is described by the social meaning of disfigurement, life story, family support and stage of development (Bradbury, 2011), thus the need to change negative aspects of social behaviour in the presence of an individual suffering from facial disfigurement (Bessel, Clarke, Harcourt, Moss & Rumsey, 2010).

Identity may be important not only in terms of facial recognition but also in terms of attraction and sexual identity (Gwanmesia, Clark & Butler, 2011), given the fact that self-evaluation of appearance is part of the measure that individuals consider their appearance fits into their identity, allowing them to assess their personal worth (Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010). Swami and partners in 2013 defended that a negative body image may be associated with individuals who experience more negative emotional states.

The multidimensional concept of disfigurement (Landsdown, Rumsey, Bradbury, Carr, & Partridge, 1997, Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey, & Newel, 2014), reinforces the need for a deeper study as deficiencies in interpersonal functioning and the difficulties in detecting emotions may contribute towards the lack of the affectionate support that is linked to intimate relations, influencing some social situations (Csukly et. al. 2011).

The evaluation of general aspects and the concern over the appearance of the presentation of any external image of an individual remains relatively unexploited (Rosser, Moss, & Rumsey, 2010). Given the complexity and the interaction between an individual and Social factors that influence the degree of the acquired disfigurement and what is perceived by a person with meaningful social interaction (Rumsey & Harcourt, 2004), it is the objective of this study to explore factors involved in the Schematic Investment and the Self-consciousness of appearance in individuals, who after plastic/reconstructive surgery, suffer from facial disfigurement.

Our objective is to understand the variables that influence the psychological adjustment of individuals that acquired a facial disfigurement, in a longitudinal study, an evaluation at two points of time (during hospitalization and 12 months after the surgery), considering according to Liu (2016) longitudinal data.

## Method

### *Participants*

67 individuals participated in this study, who after a facial surgery, participated on two (12-month interval) evaluation instances. Their average age is 42.4 years (DP=18.83). After surgery, 100% of the participants had a scar on their face.

*Table 1 - Characterization of the participants (N=67)*

<b>Characterization - Index (%)</b>			
<b>Gender</b>		<b>Cause of the Disfigurement</b>	
Male	64.2	Disease	38
Female	35.8	Trauma	29
<b>Marital status</b>		<b>Origin of the Disfigurement</b>	
Single	40.3	Accident	11.9
Married	47.8	Assault	17.9
Divorced	1.5	Cancer	55.2
Common law	10.4	Burns	14.9
<b>Area of residence</b>		<b>Concerns with Appearance</b>	
Great Urban Area	50.7	A little	26.9
Small Urban Area	35.8	Indifferent	16.4
Great Rural Area	6	A lot	44.8
Small Rural Area	7.5	Too much	11.9

## Instruments

*DAS24 [Derriford Appearance Scale- Revised]* - (Moreira & Canavarro, 2007; Moss, Carr & Harris, 1996) had the subjacent construct to measure the self-consciousness of appearance, in 24 items, answered on a Likert type scale, with 6 additional questions. The 24 items had the objective of evaluating the manner in which they feel and behave regarding the characteristics that are bothering them, having been quoted via the following options to answer: "0=N/A (not applicable), 1=Never/ Almost never, 2= Sometimes, 3=Frequently and 4=Almost always" for items 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 24 and "1=Nothing, 2=Lightly, 3=Moderately and 4=Extremely" for the rest of the items. The psychometric study of the Portuguese version (Mendes, Moreira, Figueiras & Moss, 2016) reveals a good index of internal consistency ( $\alpha=.91$ ); (KMO =.93), Bartlett's spherical test ( $X^2(276)= 4474,812$ ;  $p=.001$ ).

*ASI-R [The Appearance Schemas Inventory – Revised]* - (Nazaré, Moreira, & Canavarro, 2010; Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004), which is made up by two factors (Salience self-evaluation and Motivational self-evaluation), evaluates the Schematic Investment on appearance (Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2004). The 20 items, in a five-point Likert type scale, vary between 1 (I strongly disagree) and 5 (I strongly agree), evaluating the efforts made by an individual in keeping or increasing their physical attractiveness and to manage their appearance. The higher this result is, the higher are the levels of the Schematic Investment relating to appearance. The Portuguese version of this instrument (Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010) reveals psychometric characteristics that are similar to the original version ( $\alpha=.89$ ).

*ICAC [Inventário Clínico de Auto-Conceito]* – (Vaz Serra, 1985), evaluates emotional and social aspects of the self-concept via a one-dimensional scale, with 4 main factors evaluated in a total of 20 items similar to the Likert type, “1- I do not agree, 2- I agree a bit, 3- I moderately agree, 4- I agree a lot, and 5- I fully agree”, revealing internal consistency ( $\alpha=.84$ ). Higher values correspond to a better self-concept.

*PANAS [Positive and Negative Affect Schedule]* – (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) evaluates specific emotional states, made up of 20 emotions organized on two subscales: positive affect ( $\alpha=.86$ ) and negative affect ( $\alpha=.89$ ) with a correlation between the subscales close to zero ( $r=-.10$ ). The replies vary between the following “1- none or very slightly, 2- a little, 3- moderately, 4- a lot, and 5- extremely”.

*NEO-FFI [NEO- Five Factor Inventory]* - (Magalhães, et al., 2014; Costa & McCrae, 1989) involves a dimensional representation of interpersonal differences at the personality level, and through this model it is possible to agglomerate behaviour, the emotional and cognitive tendencies of people in five large categories: Neuroticism ( $\alpha=.81$ ), Extraversion ( $\alpha=.75$ ), Openness ( $\alpha=.71$ ), Agreeableness ( $\alpha=.72$ ), Conscientiousness ( $\alpha=.81$ ), made up of 60 items, which in the original allows for a reliable version of the model of the five factors. The items are answered on a 5 point Likert type scale, from 1 (I strongly disagree) to 5 (I strongly agree).

*LOT-R [Life Orientation Test – Revised]* – (Laranjeira, 2008; Scheier, Carver & Bridges, 1994) evaluates optimism versus pessimism through 10 items, on a scale similar to Likert with answers varying between “1- I largely disagree, 2- I disagree, 3- neutral, 4- I agree and 5- I strongly agree”, inverting items 3, 7 and 9. Six items indicate optimism and the rest are considered to be distracting items, revealing a Cronbach alpha coefficient equal to .71.

*ESSS [Social Support Satisfaction Scale]* – (Pais-Ribeiro, J., 1999) evaluates the perception of satisfaction with the existing social support. The scale is made up of 15 sentences together with affirmations, on a 5 point Likert type scale ranging from “5-totally agree”, 4- I agree with the most part”,

“3- I do not agree and I do not disagree”, “2-I disagree with most part” and “1- I totally disagree”, presenting an internal consistency of the total of the scale  $\alpha=.85$ .

### **Procedures**

Patients were approached, in a Hospital admittance unit for reconstructive plastic surgery, and who due to disease or trauma had been subjected to a facial surgery. After explaining the objectives and the instances of evaluation (first evaluation during the admittance post-surgical and the second evaluation 12 months after the surgery) of this study, the informed consent was read and signed by both parties (participants and researcher). The participants were informed that they may give up participating in the study at any point in time. 92 individuals participated in the first evaluation, 13 were excluded because they hadn't fully answered the questionnaires, and 12 decided to give up during the second instance of evaluation.

### **Statistical Analysis**

Generalized mixed-effects regression models are now quite widely used for analysis of longitudinal data” (Gibbons, Hedeker, & DuToit, 2010, p.4), because are quite robust to missing data. However, the present study only considered the participants who answered all the questions in both moments of evaluation. Thus, the t-student test was used for pair samples in order to verify the existence of statistically meaning differences between the two instances of evaluation. The intention was to verify with the bi-varied co-relation if the variable Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience related to the Personality Traits, Optimism, Positive and Negative Affect, Self-Concept and Social Support Satisfaction. A multiple linear regression was used in order to guarantee attaining a parsimonious model with the possibility of predicting Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience as per the function of the independent variables (Neuroticism, Extraversion, Openness, Agreeableness, Conscientiousness, Optimism, Positive and Negative Affect, Self-concept and Social Support Satisfaction). Via Durbin-Watson statistics the presumption of independence and the VIF (<5) were evaluated to diagnosis multicollinearity (Marôco, 2010), considering meaningful effects  $p<.05$ . In order to exploit eventual causal relations a Path Analysis was carried out with the objective of testing a causal model, evaluating the normality of the variables by the coefficients of asymmetry (sk) and kurtosis (ku) uni and multivariate, and the effects were considered to be meaningful with  $p<.05$  (Marôco, 2014).

## Results

On table 2 there are statistically meaningful differences between the evaluation carried out during the admittance period (moment 1) and 12-months after the surgery (moment 2) on Extraversion, Openness, Agreeableness, Conscientiousness, Self-Concept and Self-Consciousness of Appearance.

Table 2 - Average of the variables evaluated during the internship versus 12 months after the surgery.

	M (SD)		95% interval of trust of the difference		t	p
	Moment 1	Moment 2	Minimum	Maximum		
	Neuroticism	3.28 (.72)	3.24 (.61)	-.20		
Extroversion	3.69 (.46)	3.05 (.60)	.48	.81	8.02	<.001
Openness	3.48 (.49)	3.05 (.43)	.28	.56	5.98	<.001
Agreeableness	3.49(.53)	3.20 (.48)	.12	.45	3.37	.001
Conscientiousness	3.90 (.45)	2.99 (.53)	.75	1.06	11.46	<.001
Self-Concept	12.60 (2.17)	14.22 (2.15)	-2.35	-.90	-4.48	<.001
Self-Consciousness of Appearance	2.02 (.50)	3.85 (1.34)	-2.17	-1.49	-10.76	.000
Investment Schematic Appearance	6.59 (.1.08)	6.24 (1.17)	-.07	.76	1.68	.098
Social Support Satisfaction	11.54 (2.28)	11.86 (2.31)	-1.09	.47	-.80	.426
Optimism	3.20 (.74)	3.31 (.83)	-.23	.01	-1.90	.062
Positive Affect	3.15 (.63)	3.21 (.59)	-.27	.15	-.550	.584
Negative Affect	2.19 (.82)	2.39 (.79)	-.50	.09	-1.38	.172

As per the results of this study (table 3), one can confirm on the first evaluation that the dimension Neuroticism and the perception Satisfaction of Social Support reveals a positive relation to Self-consciousness of Appearance, whilst Self-concept and Optimism reveal a negative relation. Negative Affect shows a positive relationship with Self-Evaluative Salience, whilst Negative Affect relates positively with Motivational Salience. In comparison with the second evaluation Self-conscience of Appearance, it keeps a negative relation with Self-concept and a positive relation with Neuroticism. Self-Evaluative Salience shows a positive relation with most variables (Neuroticism; Extraversion; Openness; Agreeableness; Negative Affect; and Social Support Satisfaction), and a negative relation with Self-concept. Motivational Salience reveals a weak relation with Amiability.

On the first evaluation, the multiple linear regression identifies Agreeableness ( $\beta=-.36$ ;  $t(56)=-2.12$ ;  $p<.05$ ) and Optimism ( $\beta=-.44$ ;  $t(56)=-2.62$ ;  $p<.05$ ) as a meaningful predictor of Self-

Consciousness of Appearance; Negative Affect ( $\beta=.32$ ;  $t(56)=2.32$ ;  $p<.05$ ) as a predictor of Self-Evaluative Salience and Positive Affect ( $\beta=.34$ ;  $t(56)=2.50$ ;  $p<.05$ ) as a predictor of Motivational Salience. Agreeableness, Optimism and Negative and Positive Affect presented greater power for explaining the relation of Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience. The second evaluation identifies Neuroticism ( $\beta=.49$ ;  $t(56)=3.92$ ;  $p<.001$ ) and Negative Affect ( $\beta=.34$ ;  $t(56)=2.50$ ;  $p<.05$ ) as meaningful predictions of Self-Consciousness of Appearance. Regarding Self-Evaluative Salience, as a prediction of Neuroticism ( $\beta=.36$ ;  $t(56)=2.76$ ;  $p<.01$ ). Neuroticism and Negative Affect presented greater power for explaining the relation of Self-Consciousness of Appearance and Self-Evaluative Salience (Table 4).

Table 3 - Bivariate correlations between Age, Cause of Disfigurement, Big Five Personality, Optimism, Positive and Negative Affect, Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience

	Frist Evaluation														
	1.Age	3.N	4.E	5.O	6.A	7.C	8.OP	9.PA	10.NA	11.SC	12.SSS	13.SCA	14.SES	15.MS	M(SD)
1.Age	-	.17	-.03	.12	.07	.70	.01	<b>-.28*</b>	.04	-.14	.03	.022	-.08	-.12	42.40 (10.83)
3.N	<b>.43***</b>	-	-.17	.07	<b>.26*</b>	-.02	<b>-.28*</b>	-.16	.37	-.13	<b>.52***</b>	<b>.26*</b>	.09	.05	3.38(.72)
4.E	-.19	<b>.36***</b>	-	<b>.46***</b>	<b>.38**</b>	<b>.48***</b>	-.24	.18	-.18	-.09	-.02	-.11	-.30	.05	3.69(.46)
5.O	.01	.22	.03	-	<b>.64***</b>	<b>.75***</b>	<b>-.56**</b>	.05	.02	-.33	<b>.34**</b>	.09	-.13	-.15	3.48(.53)
6.A	<b>-.32**</b>	<b>.38**</b>	.22	<b>.49***</b>	-	<b>.59***</b>	<b>-.60***</b>	.08	.03	<b>-.42***</b>	<b>.42***</b>	.05	-.17	-.09	3.90(.45)
7.C	-.08	-.15	-.07	-.07	-.20	-	<b>-.43***</b>	.14	-.08	<b>-.32**</b>	.15	.07	-.06	-.08	3.20(.75)
8.OP	-.06	.16	.02	-.11	.18	<b>-.36**</b>	-	.09	-.09	<b>.62***</b>	<b>-.43***</b>	<b>-.41***</b>	.00	.15	3.14(.62)
9.PA	.11	-.24	-.07	-.01	.16	.02	.05	-	.19	<b>.26*</b>	-.09	-.14	.15	<b>.37**</b>	2.19(.82)
10.NA	-.07	<b>.44***</b>	<b>.27*</b>	<b>.33***</b>	<b>.31*</b>	-.03	-.22	-.05	-	-.08	<b>.40**</b>	.20	<b>.39**</b>	<b>.25*</b>	12.6(2.17)
11.SC	.05	<b>-.37**</b>	-.24	<b>-.34**</b>	-.21	.06	<b>.31**</b>	<b>.29**</b>	<b>-.64***</b>	-	<b>-.29*</b>	<b>-.35**</b>	-.04	.17	11.5(2.28)
12.SSS	-.18	<b>.32*</b>	<b>.95***</b>	.04	<b>.26*</b>	.06	.00	-.01	<b>.26*</b>	-.27	-	<b>.33**</b>	.10	.06	2.02(.50)
13.SCA	-.19	<b>.57**</b>	.05	.16	.23	-.11	.04	-.08	<b>.53***</b>	-.41	.05	-	<b>.45***</b>	.08	3.21(.58)
14.SES	<b>-.27*</b>	<b>.58***</b>	<b>.43***</b>	<b>.26*</b>	<b>.36**</b>	-.16	.08	-.13	<b>.41*</b>	<b>-.38**</b>	<b>.41**</b>	<b>.65***</b>	-	<b>.55***</b>	3.38(.64)
15.MS	-.20	.21	.09	.21	<b>.30**</b>	-.23	.13	.05	.03	.01	.06	<b>.32**</b>	<b>.56***</b>	-	
M (SD)	42.40(10.83)	3.24(.61)	3.04(.60)	3.05(.43)	3.21(.45)	2.99(.52)	3.31(.83)	3.20(.59)	2.39(.79)	14.22(2.14)	11.85(2.31)	3.85(1.34)	3.02(.73)	3.22(.59)	

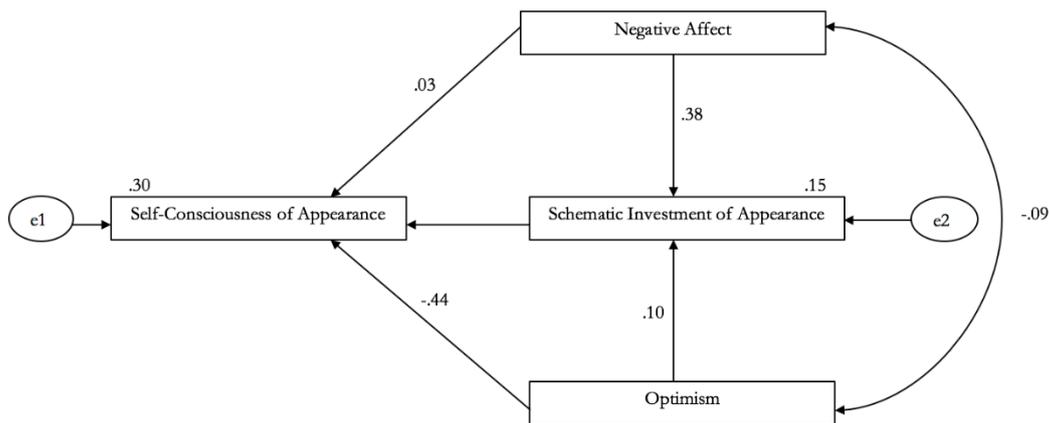
Note: N=Neuroticism; E=Extraversion; O=Openness; A=Agreeableness; C=Conscientiousness; OP=Optimism; PA=Positive Affect; NA=Negative Affect; SC=Self-Concept; SSS=Social Support Satisfaction; SCA=Self-Consciousness of Appearance; SES=Self-Evaluative Salience; MS=Motivational Salience; M=Mean; SD=Standard Deviation

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Table 4 - Multiple Linear Regression with Self-Consciousness of Appearance, Self-Evaluative Salience and Motivational Salience as the dependent variable

Dependent and predictor variable		First Evaluation					Second Evaluation						
		B	$\beta$	t	p	F(df)	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	t	p	F(df)	R <sup>2</sup>
Self-Consciousness of Appearance	Neuroticism	.06	.08	.59	.559	2.73(10,66)	.21	1.08	.49	3.92	<.001	5.34(10.66)	.40
	Extraversion	-.08	-.07	-.56	.581			-.61	-.27	-.84	.407		
	Openness	-.14	-.13	-.68	.499			-.25	-.08	-.67	.503		
	Agreeableness	-.35	-.37	-2.12	.038			-.11	-.04	-.28	.777		
	Conscientiousness	.17	.15	.86	.394			-.04	-.02	-.15	.885		
	Optimism	-.30	-.45	-2.62	.011			.13	.08	.70	.489		
	Positive Affect	-.01	-.02	-.13	.899			.18	.08	.73	.470		
	Negative Affect	.04	.06	.44	.659			.59	.35	2.50	.015		
	Self-Concept	-.04	-.16	-1.02	.310			-.09	-.14	-.99	.329		
	Social Support Satisfaction	.04	.19	1.26	.214			.02	.04	.11	.912		
Self-Evaluative Salience	Neuroticism	-.03	-.04	-.24	.814	2.21(10,66)	.16	.44	.37	2.76	.008	4.39(10.66)	.34
	Extraversion	-.33	-.26	-1.91	.062			.20	.17	.49	.628		
	Openness	-.17	-.14	-.70	.489			.13	.08	.64	.527		
	Agreeableness	-.30	-.27	-1.54	.130			.11	.06	.48	.636		
	Conscientiousness	.33	.26	1.37	.175			-.06	-.04	-.38	.704		
	Optimism	-.10	-.12	-.70	.488			.04	.05	.39	.699		
	Positive Affect	.15	.16	1.20	.236			-.02	-.02	-.15	.884		
	Negative Affect	.23	.32	2.32	.024			.10	.11	.73	.470		
	Self-Concept	-.02	-.07	-.43	.670			-.03	-.09	-.57	.570		
	Social Support Satisfaction	.01	.05	.34	.733			.02	.06	.17	.863		
Motivational Salience	Neuroticism	.05	.14	.39	.697	1.74(10,66)	.10	.15	.15	.94	.351	1.06(10.66)	.01
	Extraversion	.23	.20	1.14	.258			.27	.27	.65	.518		
	Openness	-.30	.27	-1.10	.275			.18	.13	.85	.401		
	Agreeableness	-.13	.23	-.57	.573			.26	.20	1.20	.235		
	Conscientiousness	.07	.27	.27	.792			-.19	-.17	-1.28	.205		
	Optimism	.07	.16	.41	.684			-.02	-.03	-.22	.827		
	Positive Affect	.36	.14	2.51	.015			.05	.05	.37	.711		
	Negative Affect	.11	.11	1.01	.314			-.08	-.10	-.58	.567		
	Self-Concept	.00	.05	.09	.814			.02	.08	.43	.008		
	Social Support Satisfaction	.05	.05	.97	.062			-.07	-.26	-.62	.628		

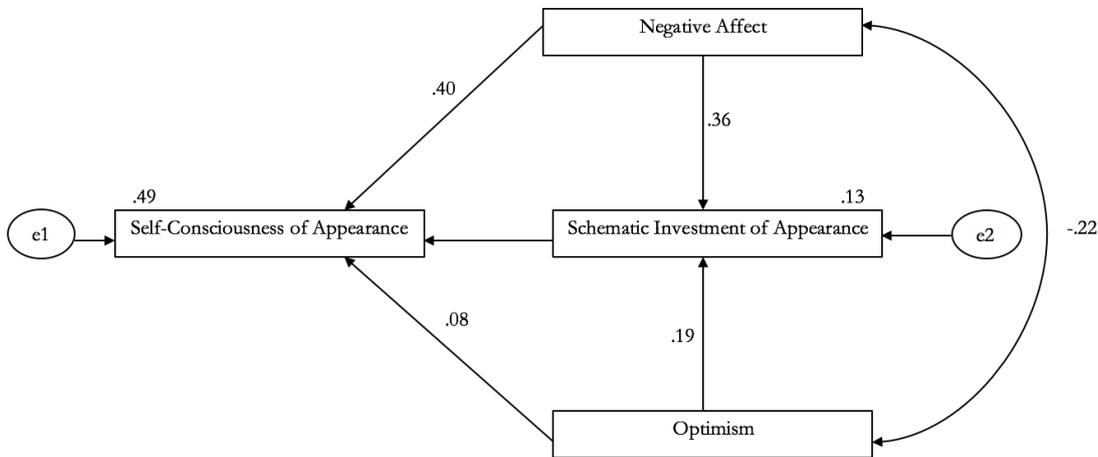
Trajectories were analyzed via a mediation model with the objective of evaluating the significance of the Negative Affect and Optimism on the levels of Self-Consciousness and Appearance, measured by the Schematic Investment of Appearance, and none showed any values of  $Sk$  and  $Ku$  that could indicate severe violation to Normal distribution ( $|Sk| < 3$  and  $|Ku| < 7-10$ ). Figure 1 and 2 show the model with standard estimates of the coefficients of regression and the  $R^2$  relating to the levels of Self-consciousness of Appearance. The model explains 30% of the variability of the levels of Self-consciousness of Appearance. The trajectories between Optimism and the Schematic Investment of Appearance ( $b_{OptimismSchematicInvestmentofAppearance} = .075$ ;  $SE_b = .082$ ,  $z = .919$ ;  $p = .358$ ;  $\beta_{OptimismSchematicInvestmentofAppearance} = .11$ ) and the Negative Affect and Self-consciousness of Appearance ( $b_{Negative.AffectSelf-ConsciousnessofAppearance} = .020$ ;  $SE_b = .068$ ,  $Z = .297$ ;  $p = .767$ ;  $\beta_{Negative.AffectSelf-ConsciousnessofAppearance} = .033$ ) are not statistically meaningful. The variable Optimism showed a total effect of  $-.27$  over Self-consciousness of Appearance, with a direct effect of  $.075$  and an indirect effect, measured by the Investment Schematic of Appearance, of  $.025$ .



**Figure 1 - Model of measurement of the Schematic Investment of Appearance over the levels of Self-Consciousness of Appearance. With the exception of the trajectories Optimism→Schematic Investment of Appearance and Negative Affect→Self-Consciousness of Appearance.**

On the second evaluation (figure 2), the model explains 49% of the variability of the levels of Self-consciousness of Appearance. All trajectories are positive and statistically meaningful to the exception of the direct effect of Optimism over the measurement of the Investment Schematic and levels of Self-consciousness of Appearance ( $b_{OptimismSchematicInvestmentofAppearance} = .134$ ;  $SE_b = .085$ ,  $Z = 1.579$ ;  $p = .114$ ;  $\beta_{OptimismSchematicInvestmentofAppearance} = .19$ ) and Optimism and Self-consciousness of Appearance ( $b_{OptimismSelf-ConsciousnessofAppearance} = .068$ ;  $SE_b = .074$ ,  $Z = .925$ ;  $p = .335$   $\beta_{OptimismSelf-ConsciousnessofAppearance} = .085$ ). The

variable Negative Effect reveals a total effect of .48 over Self-consciousness of Appearance, with a direct effect of .339 and indirect effect, measured by the Schematic Investment of Appearance, of .141.



**Figure 2 - Model of measurement of the Schematic Investment of Appearance over the levels of Self-Consciousness of Appearance. With the exception of the trajectories Optimism → Schematic Investment of Appearance and Optimism → Self-Consciousness of Appearance.**

## Discussion

A longitudinal study was carried out to evaluate the differences between two instances of evaluation on individuals who had done plastic/reconstructive surgery, post-surgical and then after 12-months, to identify the predictors of Schematic Investment and Self-consciousness of appearance. Results highlight meaningful statistical differences between the two instances of evaluation in the dimensions of personality (Extraversion, Openness, Agreeableness and Conscientiousness), Self-concept and Self-consciousness of Appearance. The stability of the personality, according to McCrae and Costa (2006), occurs predominantly in adults, and there may be predictable alterations in some individuals. In spite of the fact that adverse events in life do not have an impact on the personality of individuals, recent research and meta-analysis of old studies indicate, nonetheless, that changes take place in five dimensions in different moments of a lifespan (Pedroso-Lima, et al., 2014). Concerns with appearance may be complex and debilitating, contributing to feelings of ineptitude, influencing various processes, including beliefs regarding the impression made by others and by the individual (Rosser, Moss, & Rumsey, 2010). A study indicates that acceptance to do plastic surgery is associated with factors relating to personality, self-worth and self-evaluation of attraction (Swami, Chamorro-Premuzic, Bridges, & Furnham, 2009). Personality traits although highly stable are not fixed as there are meaningful changes throughout

a lifetime (Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006). Wright, Pincus and Lenzenweger, (2011) defend that personality disturbances and personality traits grow dynamically.

This lack of stability may be related to the fact that there is a depersonalization feel when suffering from facial disfigurement (Brill, et al., 2006). The adjustment levels to facial disfigurement are not static (Morris et al., 2007) because the individual has the need to invest in the adjustment of facial disfigurement (Partridge, 2003). A study carried out by Swami, Taylor and Carvalho (2011) point out meaningful statistical differences between personality traits and body dissatisfaction as there is evidence of an association between personality traits and facial appearance (Jones, Kramer & Ward, 2012).

In both evaluations, results reveal a meaningful positive co-relation between Self-consciousness of Appearance and the dimension of Neuroticism; the Negative Affect and the Self-Evaluation Salience, there being a greater relation to the second evaluation ( $r_{\text{neuroticism}} = .26$  vs  $r_{\text{neuroticism}} = .57$ ) and the variable Negative Affect ( $r_{\text{negative affect}} = .39$  vs  $r_{\text{negative affect}} = .41$ ). When Mendes, Figueiras e Moss (2016) evaluated the influence of personality traits in Self-consciousness of appearance they found meaningful correlations between neuroticism and the Self-consciousness of appearance. A study by Swami and his team (2013), point towards an association between personality and the components of the evaluation of the body image.

Amiability and Optimism are considered to be predictors of the Self-consciousness of Appearance, and the Positive and Negative Affect predictors of Schematic Investment of Appearance in the first evaluation. Rumsey and Harcourt (2012) describe that a negative body image may strongly influence self-concept, social functioning and the quality of life of an individual as self-consciousness expresses itself as a key attribute to learn how to deal with a disfigurement (Bessel, Clarke, Harcourt, Moss & Rumsey, 2010). Harris (1997) defends that the levels of concern with appearance depend on the Self-consciousness of Appearance. The second evaluation shows Neuroticism and Negative Affect as predictors of the levels of the Self-consciousness of Appearance and Neuroticism as a predictor of Self-evaluation. Leising and Zimmermann (2011) refer that the dispositions of personality (the influence and the trust on others, experiences of rage, feelings of guilt, shame, fear, sadness, accepting risks, amongst others) reflect the tendency on the manner by which the individual thinks, feels and behaves in a certain situation. A study by Swami and his team (2013) mentions that neuroticism is meaningfully associated with the body image and the appreciation of the body and that it can influence the negative perception of appearance.

The analysis of the trajectories shows that Optimism and Negative Affect have different effects on both evaluations. Optimism has a direct effect on Self-consciousness of Appearance, having the schematic investment as the mediator of the negative effect on the Self-consciousness

of Appearance on the first evaluation. Twelve months after surgery, Optimism no longer has a negative effect on Self-consciousness of Appearance, and the Negative Affect begins to have a direct effect. These results can be justified by the fact that, in the first evaluation, individuals may have been feeling more optimistic and show a tendency to have more favourable expectations regarding future events (Laranjeira, 2008). In accordance with Turner, Goodin and Lokey (2012) those who are able to integrate events and experiences in their life story show higher levels of wellness than those who are unable to do so. A poor adjustment to disfigurement may influence the individual to give a more negative meaning to appearance (Moss, 2005).

Although the adjustment process to appearance is influenced by various factors (Rumsey & Harcourt, 2005), this study shows the influence of the personality traits and Self-concept in the adjustment to acquired facial disfigurement, having shown that the Schematic Investment and the Self-consciousness of appearance vary as per the adjustment of the individual to visible alterations to their face.

The conclusions of this study must be interpreted within its context, taking into account its limitations. Although individuals show an acquired facial disfigurement, the dimension of the study did not allow for more research into more complex relations between the variables, or even to find meaningful effects, and it is possible that one Type II mistake could have occurred. Other limitations of this study include a large number of instruments used after the plastic/reconstructive surgery, and the results of this study might not represent well the experiences of those individuals suffering from facial disfigurement, underestimating the force of the relation between the seriousness of the disfigurement and the psycho-social processes/results. Moss (2005) defends that a weaker adjustment is severe, and Social implications can influence the perception and degree of the severity ranging from inexistent to high. It's important to reinforce, in accordance to Elks (1990), that for a visible difference to be considered a disfigurement, there must be a negative reaction of the individual or of his surrounding environment to that visible difference.

Given the above limitations, a replication of this study is advised using a more meaningful sample. We advise that the first evaluation should be carried out before surgery so that individuals can reply without the possible influence of variables such as pain, swelling and bruises, medication, amongst others. Another recommendation is to increase the follow-up period to evaluate them in two other instances, (with the objective of understanding their thoughts via the registration of their observed behaviour and other collected data that might be considered relevant taken under a natural context).

In line with other authors, these results confirm that the adjustment to facial disfigurement is complex (Partridge, 2003; Carr, Moss, & Harris, 2005; Rumsey & Harcourt, 2004, 2012; Clarke

et al, 2014). Nevertheless, this study contributes to a better understanding of the influence of personality traits, Self-concept and that perception of satisfaction with social support influence the manner by which the individual adjusts to an acquired facial disfigurement, suggesting further studies to evaluate the contextual influences and the intra-individual variation in the adjustment to acquired facial disfigurement.

### **Conflict of Interests**

The authors declare that there is no conflict of interests.

### **Financing**

The authors did not receive any financial support.

### **Acknowledgments**

To the Internment Unit for Plastic and Reconstructive Surgery of the Hospital Centre Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria); Professora Doutora Margarida Rebelo and Professor Doutor João Marôco for their cooperation and revision of the causal model (Figure 1 and 2).

### **References**

- Alves, D. (2016). *Transplante da Face: Impacto na Análise da Expressão Facial da Emoção*. Santo Tirso: Idioteque Communication Group
- Bessell, A., Clarke, A., Harcourt, D., Moss, T. P., & Rumsey, N. (2010). Incorporating user perspectives in the design of an online intervention tool for people with visible differences: Face IT. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 38(5), 577-596. doi:10.1017/S1352465810000305
- Brill, S. E., Clarke, A., Veale, D. M., & Butler, P. M. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image*, 3(1), 1-15. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.002
- Callahan, C. (2004). Facial Disfigurement and Sense of Self in Head and Neck Cancer. *Social Work In Health Care*, 40(2), 73-87. doi:10.1300/J010v40n02\_05
- Carll, E. (2007). *Trauma Psychology: Issues in Violence, Disaster, Health, and Illness*. London: Praeger

- Carr, T., Harris, D., & James, C. (2000). The Derriford Appearance Scale (DAS-59): A new scale to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal Of Health Psychology*, 5(Part2), 201-215. doi:10.1348/135910700168865
- Cash, T. (2004). Body Image: past, present, and future. *Body image*, 1, 1-5. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2004). *Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press
- Cash, T., Melnyk, S., & Hrabosky, J. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316. doi: 10.1002/eat.10264
- Clarke, A., Thompson, A., Jenkinson, E., Rumsey, N., & Newel, R. (2014). *CBT for Appearance Anxiety – Psychology Interventions for Anxiety due to Visible Difference*. United Kingdom: Wiley Blackwell
- Csukly, G., Telek, R., Filipovits, D., Takács, B., Unoka, Z., & Simon, L. (2010). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 42, 129-137. doi:10.1016/j.jbtep.2010.08.003
- Dropkin, M. (1999). Body Image and Quality of Life After Head and Neck Cancer Surgery. *Cancer Practice*, 7, 309-313. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.76006.x
- Elks, M. (1990). Another Look at Facial Disfigurement. *Journal of Rehabilitation*, 56, 36-40. Retrived from [http://www.thefreelibrary.com/\\_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427](http://www.thefreelibrary.com/_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427)
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I-Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, 2, 209-218. Retrived from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a11.pdf>
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II-Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227. Retrived from <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/84/pdf>

- Gwanmesia, I.; Clarke, A. & Butler, P. (2011). Facial transplantation revisited: Findings from the very first public engagement exercise. *International Journal of Surgery*, 1-4. doi: 10.1016/j.ijisu.2011.04.005
- Jones, A. L., Kramer, R. S. S., & Ward, R. (2012). Signals of personality and health: The contributions of facial shape, skin texture, and viewing angle. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 38, 1353-1361. doi:10.1037/a0027078
- Kugaya, A., Akechi, T., Okamura, H., Mikami, I., & Uchitomi, Y. (1999). Correlates of depressed mood in ambulatory head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 494-499. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6<494::AID-PON403>3.0.CO;2-M
- Laranjeira, C. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7, 469-476. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v7n2/v7n2a13.pdf>
- Leising, D., & Zimmermann, J. (2011). An Integrative Conceptual Framework for Assessing Personality and Personality Pathology. *Review of General Psychology*, 15, 317-330. doi: 10.1037/a0025070
- Liu, X. (2016). *Methods and Applications of Longitudinal Data Analysis*. London: Elsevier
- Maclachlan, M., Mháille, G., Gallagher, P., & Desmond, D. (2012). Embodiment and Appearance. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (Eds.). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.23-35). United Kingdom: Oxford University Press.
- Maddern, L., Cadogan, J., & Emerson, M. (2006). 'Outlook': A Psychological Service for Children with a Different Appearance. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 11, 431-443. doi:10.1177/1359104506064987
- Magalhães, E.; Lima, M.; Salgueira, A.; Conzalez, A.; Costa, J.; Costa, M.; & Costa, P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in a Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27, 642-657. doi: 10.1590/1678-7153.201427405
- Markus, H. (1977). Self-Schemata and Processing Information About the Self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78. doi: 10.1037/0022-3514.35.2.63
- Markus, H., Hamill, R., & Sentis, K. (1987). Thinking Fat: Self-schemas for Body-Weight and Processing of Weight Relevant Information. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 50-71. doi: 10.1111/j.1559-1816.1987.tb00292.x
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Lisboa: ReportNumber, Lda.

- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações (2ª Ed.)*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- McCrae, R. & Costa, Paul. (2006). *Personality in Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press
- Mendes, J., Moreira, H., Figueiras, M., & Moss, T. (2016). Análise Fatorial da Versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24). *Psychology, Community & Health*, 5, 31-43. doi:10.5964/pch.v5i1.128
- Mendes, J., Figueiras, M., & Moss, T. (2016). Influence of Personality Traits in Self-Evaluative Salience, Motivational Salience and Self-Consciousness of Appearance. *Psychology, Community & Health*, 5, 187-197. doi: 10.5964/pch.v5i2.168
- Morris, P.; Bradley, A.; Doyal, L.; Earley, M.; Hagen, P.; Milling, M. & Rumsey, N. (2007) Face Transplantation: A Review of the Technical, Immunological; Psychological and Clinical Issues with Recommendations for Good Practice. *Transplantation*, 83, 109-128. doi: 10.1097/01.tp.0000254201.89012.ae.
- Moss, T. & Rosser, B. (2012). Adult Psychosocial Adjustment to Visible Differences: Physical and Psychological Predictors of Variation. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (Eds.). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.273-292). United Kingdom: Oxford University Press.
- Moss, T. P. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2(2), 151-159. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.004
- Moss, T., & Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychology & Health*, 19(6), 737-748. doi:10.1080/08870440410001722967
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8, 21-36. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14292/1/Vers%C3%A3o%20final.pdf>
- Partridge, J. (2003). *Changing Faces: The challenge of facial disfigurement* (4th Ed.). London: A Changing Faces Publication

- Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J., Costa, M., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 28, 1-10. doi: 10.17575/rpsicol.v28i2.534
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo Editora
- Roberts, W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A metaanalysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1-25. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.1
- Rosser, B. A., Moss, T., & Rumsey, N. (2010). Attentional and interpretative biases in appearance concern: An investigation of biases in appearance-related information processing. *Body Image*, 7(3), 251-254. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.007
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2012). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance*. United Kingdom: Oxford University Press
- Smith, K., Wang, D., Plotkin, S., & Park, E. (2013). Appearance concerns among women with neurofibromatosis: examining sexual/bodily and social self-consciousness. *Psycho-Oncology*, 22, 2711-2719. doi: 10.1002/pon.3350
- Soni, C. V., Barker, J. H., Pushpakumar, S. B., Furr, L., Cunningham, M., Banis, J. C., & Frank, J. (2010). Psychosocial considerations in facial transplantation. *Burns (03054179)*, 36(7), 959-964. doi:10.1016/j.burns.2010.01.012
- Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., Bridges, S., & Furnham, A. (2009). Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image*, 6, 7-13. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.09.004
- Swami, V., Taylor, R., & Carvalho, C. (2011). Body dissatisfaction assessed by the Photographic Figure Rating Scale is associated with sociocultural, personality, and media influences. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 57-63. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00836.x
- Swami, V., Tran, V., Brooks, L., Kanaan, L., Luesse, M., Nader, I., . . . Voracek, M. (2013). Body image and personality: Associations between the Big Five Personality Factors, actual-ideal weight discrepancy, and body appreciation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 146-151. doi:10.1111/sjop.12014

- Tagkalakis, P., & Demiri, E. (2009). A fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 22, 203-207. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188186/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-22-203.pdf>
- Turner, J., Goodin, J., & Lokey, C. (2012). Exploring the Roles of Emotions, Motivations, Self-Efficacy, and Secondary Control Following Critical Unexpected Life Events. *Journal of Adult Development*, 19, 215-227. doi: 10.1007/s10804-012-9148-0
- Vaz Serra, A. (1986). O «Inventário Clínico de Auto-Conceito». *Psiquiatria Clinica*, 7, 67-84. Retrived from <http://baes.ua.pt/handle/10849/82>
- Wright, A., Pincus, A., & Lenzenweger, M. (2011). Development of Personality and the Remission and Onset of Personality Pathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 1351-1358. doi: 10.1037/a0025557

## DISCUSSÃO GERAL DA INVESTIGAÇÃO

Na presente investigação, estudamos os conceitos relativos ao desfiguramento facial adquirido por trauma/doença, teorias e modelos mais utilizadas na investigação direcionada ao desfiguramento facial. Apresentamos de forma breve, os métodos de intervenção; questões psicossociais e psicológicas; terapia cognitiva-comportamental; *coping* e dois instrumentos utilizados na avaliação das preocupações com a aparência (ASI-R e DAS-24). Analisamos também, as qualidades psicométricas da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24), que avalia a autoconsciência da aparência, como elevada utilidade na investigação do ajustamento psicológico de indivíduos que apresentam diferenças visíveis em populações clínicas e não clínicas.

Numa pesquisa através de várias bases de dados, constatámos a existência de poucos estudos referentes ao desfiguramento facial adquirido, apresentando quais as teorias e modelos mais utilizadas na investigação em indivíduos com diferenças visíveis na face. Identificou-se a abordagem cognitivo comportamental, como a teoria e modelo mais utilizada em estudos sobre o desfiguramento facial adquirido.

Sendo desconhecidos estudos que relacionem os traços de personalidade ao Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência, conseguimos através desta investigação, demonstrar os traços de personalidade como preditores do Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência numa amostra não clínica (N=214) e numa amostra clínica (N=67), tendo sido exploradas as relações entre as características da personalidade, Autoconceito, percepção da Satisfação com o Suporte Social e o Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência.

O estudo longitudinal permitiu-nos apresentar diferenças existentes entre os dois momentos de avaliação (2/4 dias após a cirurgia plástica/reconstrutiva e 12 meses), conseguindo apresentar possíveis fatores implícitos no ajustamento ao desfiguramento facial adquirido.

Sendo o corpo considerado um dos aspetos mais valorizados pelo indivíduo, tanto pela dimensão da aparência como pela dimensão da funcionalidade (Pais-Ribeiro & Ribeiro, 2003), a face é mencionada na literatura como a parte mais visível (Alves, 2016; Rumsey & Harcourt, 2012; De Sousa, 2010; Bonanno & Choi, 2010). No entanto, estas duas dimensões desempenham uma forte influência no autoconceito do indivíduo, assim como no seu funcionamento psicológico. Pretendemos com a apresentação dos resultados, contribuir para uma melhor compreensão das variáveis que exercem influência no ajustamento psicológico do indivíduo com diferenças visíveis na face.

Apresentamos seguidamente, os resultados da presente investigação, expostos em cinco artigos:

O Artigo I, remete-nos a 1883, onde o interesse pela aparência facial em criminosos foi explorado por Galton (Rumsey & Harcourt, 2004). Estas autoras alertam para o facto de as diferenças visíveis serem “associadas” ao mal da natureza humana. Se cada um de nós refletir sobre os vilões, estes muitas vezes associam-se a pessoas com diferenças visíveis (por exemplo, Freddy Krueger (Pesadelo em Elm Street); Jason Voorhees (Sexta-feira 13); Charmes Lee Ray “Chucky” (conhecido como o estrangulador de Lakeshore); entre muitos outros. Contudo, existem outros filmes que apesar de associarem um indivíduo com diferenças visíveis a possíveis monstros (por exemplo, Frankenstein), há uma preocupação em demonstrar que estas pessoas são providas de emoções positivas (interessado, caloroso, inspirado, divertido, amigável, confiante, outros). Após essa reflexão, podemos constatar que desde a nossa infância, os meios de comunicação, (publicidade, filmes, documentários, desenhos animados, entre outros) influenciam a construção da nossa imagem corporal (Cash, 2004; Swami, Taylor, & Carvalho, 2011; Rumsey & Harcourt, 2012).

Em 1990, Elks menciona a divisão de três causas ou formas de desfiguramento facial (congénito, adquirido ou tratamento de sequelas), levando-nos a questionar se estas causas ou formas poderão ser entendidas como tipos de desfiguramento. Ao encontro da sua definição, mencionando que sem uma reação negativa, um desvio da face é simplesmente uma diferença e não um desfiguramento, poder-se-ia então defender a existência de três tipos de desfiguramento. Contudo, Partridge (2003) ao apresentar o seu modelo “SCARED” defende que as reações negativas podem ser não só do indivíduo com diferenças visíveis, mas também dos indivíduos que o observam, suportando assim a existência de somente dois tipos de desfiguramento: o congénito e o adquirido. Apresentamos neste artigo que o desfiguramento facial adquirido pelo trauma (acidentes, cancro, agressões, queimaduras, outros) tem sido menos explorado em relação ao desfiguramento facial congénito (Bonanno & Choi, 2010). No entanto, alertamos para a relevância da área da cabeça e pescoço ser central e alvo de maior atenção (Cordeiro & Stabenow, 2008), onde a personalidade do indivíduo desempenha um papel fundamental no ajustamento psicológico à doença e às diferenças visíveis na face (Thambyrajah et al., 2010, De Sousa, 2010). Reforçamos que as questões psicológicas e psicossociais associadas ao desfiguramento facial adquirido por trauma, aumentam a tensão entre o corpo real e o corpo ideal (Henry, 2011). Importa salientar, que na visão de alguns autores, o indivíduo ao apresentar cicatrizes ou marcas na face, nem sempre apresenta um desfiguramento.

Se aprofundarmos a nossa reflexão, numa comparação sobre o número de cirurgias (40 000/ano) plástica/reconstrutiva (INE, 2010), e o número de pessoas com que nos confrontamos diariamente com diferenças visíveis na face, podemos perceber o reduzido número de pessoas com que nos deparamos com desfiguramento facial, podendo estar presentes nestes indivíduos, possíveis sentimentos de insegurança, tensão emocional, ansiedade, evitamento e isolamento social (Tagkalakis & Demiri, 2009).

Perante esta idiossincrasia do indivíduo no ajustamento psicológico ao desfiguramento facial, através do Artigo II, apresentamos a abordagem cognitivo-comportamental como a teoria e modelo mais utilizada na avaliação e intervenção em indivíduos com desfiguramento facial. Contudo, segundo Thompson (2012), na investigação com a aparência, deve recorrer-se a mais de um modelo ou teoria, pelo facto de a imagem corporal incluir imensas variáveis. Por exemplo, um estudo indica que o ajustamento psicológico às diferenças visíveis é fortemente influenciado pelos meios de comunicação, sociedade e cultura (Clarke, Thompson, Jenkinson, Rumsey & Newell, 2014). A tabela 2 deste artigo apresenta uma diversidade de teorias e modelos utilizadas na avaliação e intervenção em indivíduos com diferenças visíveis na face, que apesar de muitas sobreposições, cada uma delas, faz uma contribuição única na compreensão do ajustamento ao desfiguramento facial adquirido.

Este artigo menciona a importância da utilização das teorias fundamentadas (Grounded Theory) para uma abordagem mais qualitativa, permitindo aos investigadores aprofundar e compreender quais os pensamentos e comportamentos dos indivíduos com desfiguramento facial no seu quotidiano intra-individual e social (Rahzani, Taleghani, & Nasrabadi, 2009; Konradsen, Kirkevold & Zoffmann, 2009; Bonanno & Choi, 2010). Trabalhos recentes apresentam a eficácia da intervenção cognitiva-comportamental na ansiedade de indivíduos que apresentam diferenças visíveis (Clarke, et al. 2014). Acreditamos que a conjugação de teorias e modelos, permitirá uma melhor avaliação do ajustamento ao desfiguramento facial. Por exemplo, Bradbury (2011) menciona a existência de maiores níveis de angústia em indivíduos com desfiguramento severo quando submetidos ao modelo biomédico, sendo relevante avaliar todas as preocupações com a aparência, incluindo cognições (Thompson, 2012), níveis de insatisfação com a aparência (Rumsey & Harcourt, 2012) e níveis de inferiorização por o indivíduo com diferenças visíveis na face, ser “avaliado” pelo meio social como mais tímidos, pouco sociáveis e com menores competências interpessoais (Stone & Wright, 2012).

Compreender o verdadeiro conceito de desfiguramento facial, carece de uma profunda avaliação do indivíduo (Mendes & Figueiras, 2013), uma vez que o conceito de imagem corporal é

multifacetado (Cash, 2004), onde as preocupações com a imagem corporal podem ter um impacto no self e funcionamento social do indivíduo (Smolak, 2012).

Conforme mencionado anteriormente, a ausência de estudos psicométricos da Derriford Appearance Scale – short (DAS-24), incentivou-nos a avaliar a validade fatorial e a fiabilidade da respetiva escala numa amostra portuguesa. Através do Artigo III, apresentamos a análise psicométrica da Versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24), que permite medir a resposta de indivíduos que vivem com problemas de aparência (Carr et al., 2000). Os resultados da versão portuguesa da DAS-24 apresentam um bom índice de consistência interna ( $\alpha=.91$ ) em comparação com a escala original ( $\alpha=.92$ ) (Carr, Moss & Harris, 2005). Observamos a existência de uma baixa correlação nos itens 15, 22 e 24 (relacionados com a interação/exposição social), em comparação com a escala original. Estas diferenças, segundo Carr e colaboradores (2005) podem justificar-se pelas diferenças socioculturais. Por exemplo, Cash (2004) menciona que a cultura social apresentada pelos meios de comunicação cria e comunica altos valores que “definem” a imagem corporal. Na opinião de Gardiner e colaboradores (2010), as crenças são baseadas na cultura, derivadas das atribuições das experiências pessoais e investimento na aparência (Rosser, Moss, & Rumsey, 2010), onde a maioria das culturas tem o estereótipo de beleza nas mulheres e força nos homens (Falvey, 2012). No estudo da versão reduzida da DAS-24, Carr e colaboradores (2005, p. 294) evidenciaram fortes diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens “( $M_M=50.75$ ;  $SD=17.2$  vs  $M_H=39.62$ ;  $SD=17.1$ ).

Ainda neste artigo, apontamos também para a importância dos meios de comunicação na construção das crenças relacionadas com a aparência (Clark & Tiggermann, 2008; Rumsey & Harcourt, 2005; Ashikali, Dittmar, & Ayers, 2014), onde a televisão está correlacionada com a internalização de ideias específicas da aparência (Clark & Tiggermann, 2008), assim como as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de idades e a autoconsciência da aparência (Tiggermann & Slevec, 2012). Um estudo de Jackson (2004) verificou que os adultos considerados mais atrativos, experienciavam maior sucesso, maior autoestima, melhor saúde física e psíquica que os adultos menos atrativos, independentemente do género. No entanto, existe uma extensa preocupação com a aparência em muitas sociedades, apontando inúmeros registos de insatisfação com o corpo em jovens e adultos de todas as idades (Rumsey & Harcourt, 2012).

Estes dados contribuem para a DAS-24 como medida da autoconsciência da aparência, tratando-se de um conjunto de fatores/avaliações que os indivíduos têm sobre si próprios em diversas dimensões, influenciadas por fatores culturais, estéticos, pressão do grupo de pares,

variáveis biológicas, e influências socioculturais (Carr et al., 2005). Importa salientar que o desfiguramento facial apresenta duas dimensões distintas: pessoal/individual e social/cultural (Partridge, 1997, 2003), em que os fatores de personalidade também influenciam a formação das atitudes da imagem corporal (Cash, 2004; Cash & Smolak, 2011).

Estando a face descrita como um componente principal da personalidade (De Sousa, 2010), através do Artigo IV, pretendemos argumentar o que Jones, Kramer e Ward (2012) mencionam relativamente à associação entre os traços de personalidade e a aparência facial. Os nossos resultados encontram uma relação entre os traços de personalidade (Neuroticismo e Amabilidade) com o Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência. Estes traços de personalidade apresentam-se como preditores, explicando uma variância de 21.5% da Autoconsciência da Aparência e 19.6% da Saliência Auto-avaliativa. Segundo os resultados apresentados a relação significativa entre o Neuroticismo, Autoconsciência da Aparência e Saliência Auto-avaliativa, pode dever-se à constituição das variáveis, isto é, as preocupações, sentimentos de incompetência, desejos, necessidades excessivas e descompensação emocional associadas ao neuroticismo (Lima & Simões, 1997); as preocupações e comportamentos relacionados com a imagem corporal associadas à autoconsciência da aparência (Carr, et al., 2005) e por último, a *“medida que as pessoas consideram que a sua aparência integra a sua identidade e permite aferir o seu valor pessoal”* (Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010, p. 23) associado à Saliência Auto-avaliativa. Swami e colaboradores (2013), defendem que uma associação entre o neuroticismo e a imagem corporal pode levar o indivíduo a criar uma imagem corporal negativa.

No presente estudo, se considerarmos que as dimensões da personalidade envolvem uma representação dimensional das diferenças interpessoais, por exemplo, as tendências comportamentais, emocionais e cognitivas dos indivíduos (Pedroso-Lima et al., 2014), o investimento esquemático e autoconsciência da aparência é influenciado pelos níveis de preocupação com a aparência. Um estudo menciona que os traços de personalidade podem influenciar a autoperceção da saúde e influenciar o facto de os indivíduos se sentirem mais jovens ou mais velhos (Stephan, Demulier, & Terracciano, 2012).

A autoconsciência da aparência expressa-se como um atributo chave para o indivíduo aprender a lidar com a diferença (Bessel, Clarke, Harcourt, Moss, & Rumsey, 2010), em que a imagem corporal se desenvolve através de experiências pessoais e culturais (Cash, 2004). Importa salientar que a maioria dos indivíduos se apresenta insatisfeito com a sua aparência, sentido vergonha quando se olha ao espelho ou fazem uma comparação com o corpo “perfeito” criado pelos meios de comunicação (Rumsey & Harcourt, 2012). Rosser e colaboradores (2010),

defendem a existência de erros cognitivos relacionados com aparência, quando os indivíduos apresentam elevada preocupação com a sua imagem corporal. Estes autores defendem a existência de uma associação entre o processamento da informação e preocupações da aparência.

Sendo desconhecidos estudos que abordassem o ajustamento psicológico ao desfiguramento facial adquirido numa amostra da população portuguesa, pretendeu-se com os artigos anteriores, refletir sobre os conceitos, teorias, modelos e possíveis variáveis que influenciem o investimento esquemático e autoconsciência da aparência. Pretende-se com o Artigo V, contribuir para uma melhor compreensão do ajustamento psicológico em indivíduos que apresentam diferenças visíveis na face, originadas por uma doença ou causados por um tipo de trauma. O presente artigo apresenta o resultado de duas avaliações, realizadas a 67 indivíduos, com um intervalo de resposta de 12 meses, após uma cirurgia plástica/reconstrutiva localizada na face.

Os nossos resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação nas dimensões Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade, Autoconceito e Autoconsciência da Aparência. Estas diferenças vão ao encontro de estudos que mencionam uma maior plasticidade da personalidade na vida adulta quando os indivíduos necessitam de se ajustar a novos contextos/desafios, adquirindo novos objetivos (Muhlig-Versen, Bowen, & Staudinger, 2012). Wortman, Lucas e Donnellan (2012) mencionam que os traços de personalidade não são imutáveis, desenvolvendo-se ao longo da vida. Autores mencionam que os traços de personalidade podem ser modificados através de alterações específicas no comportamento (Magidson, Roberts, Collado-Rodriguez, & Lejuez, 2012), podendo estas alterações do comportamento terem ocorrido pela necessidade de o indivíduo descobrir uma nova identidade facial, com o objetivo de encontrar novas formas de se expressar e trabalhar o relacionamento com os outros (Partridge, 2003). Um estudo de Swami e colaboradores (2013) referem que os traços de personalidade têm sido utilizados como preditores de comportamentos e atitudes no quotidiano do indivíduo, por exemplo, relações interpessoais, saúde, interação social, estabilidade conjugal, entre outros. Quanto às diferenças significativas da variável Autoconceito nos dois momentos de avaliação, Vaz-Serra (1986) defende a existência de períodos na vida de um indivíduo onde é previsível existirem mudanças do autoconceito.

Rumsey e Harcourt (2012), atribuem as alterações do autoconceito à perceção negativa da imagem corporal que o indivíduo faz de si quando ocorre um desfiguramento. Sendo a autoconsciência da aparência uma série de processos que incluem crenças de impressões formadas pelo indivíduo e pelo meio social, perante um desfiguramento facial, surgem preocupações com a aparência que podem ser complexas e debilitantes (Rosser et al., 2010). Relativamente à Autoconsciência da Aparência, as diferenças notadas nos dois momentos de avaliação, podem

dever-se à percepção negativa da aparência, causando maior ou menor preocupação com as diferenças visíveis (Harris, 1997).

Comparando a amostra não clínica (N=214) com a amostra clínica (N=67), podemos verificar uma relação significativa entre os traços de personalidade e a Autoconsciência da Aparência em ambas as amostras. O valor médio da dimensão Neuroticismo e Autoconsciência da Aparência é maior na amostra clínica, podendo os indivíduos com diferenças visíveis na face apresentarem-se mais preocupados, emocionalmente inseguros, com respostas de *coping* desadequadas, sentimentos de incompetência ou ideias irrealistas (Lima & Simões, 2000; Pedroso-Lima, et al. 2014) e mais preocupados com a sua aparência devido às diferenças visíveis na face (Rumsey & Harcourt, 2012; Moss & Carr, 2004; Moss & Harris, 2009). Na comparação de ambas as amostras, conferimos que a dimensão Amabilidade e Neuroticismo é considerada preditor de Autoconsciência, no entanto, devemos salientar que na primeira avaliação da amostra clínica, a Autoconsciência da Aparência tem como preditor a Amabilidade e o Otimismo e na segunda avaliação o Neuroticismo e o Afeto Negativo. A apresentação de diferentes preditores na primeira e segunda avaliação, pode dever-se ao facto de os indivíduos apresentarem uma discrepância entre a imagem corporal ideal e imagem corporal real (Swami et al., 2013). Por exemplo, na primeira avaliação, o indivíduo apresenta maiores níveis de Otimismo e Amabilidade por estarem mais orientados para a qualidade interpessoal e a formar atitudes sociais positivas que influenciam a autoimagem (Lima & Simões, 2000), considerando-se uma imagem corporal ideal (o indivíduo não viu as diferenças visíveis), enquanto que na segunda avaliação, o indivíduo apresenta uma imagem real (após visualização das diferenças visíveis), produzindo no indivíduo uma tendência a descompensar emocionalmente, sentindo-se mais inseguro e a experienciar afetos negativos (elevados níveis de neuroticismo).

O artigo V, apresenta os traços de personalidade do indivíduo como preditores do Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência em indivíduos com desfiguramento facial adquirido, assentando os nossos dados, no encontro da literatura que refere a influência da personalidade na formação de atitudes da imagem corporal (Cash, 1997, 2004; Cash & Pruzinsky, 2004), fortemente associada com a face (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006). A correlação da percepção da Satisfação com o Suporte Social e a Autoconsciência da Aparência, pode estar relacionada com influência da representação social do corpo (Secchi, Camargo, & Bertolo, 2009), onde a aparência facial é um canal de comunicação com os outros (Warner & Sugarman, 1986; Jones, Kramer & Ward, 2012).

No mesmo artigo, apresenta-se um efeito direto do Otimismo sobre a Autoconsciência da Aparência, sendo o Investimento Esquemático da Aparência mediador do Afeto Negativo. Após o período de follow-up, o Otimismo deixa de ter um efeito sobre a Autoconsciência da Aparência, passando o Afeto Negativo a ter esse efeito direto. Estas diferenças, podem dever-se ao facto de os indivíduos na primeira avaliação apresentaram um nível de otimismo mais elevado em relação a acontecimentos futuros (Laranjeira, 2008). Por exemplo, Moss (2005) menciona que quando indivíduo apresenta um fraco ajustamento, tende a atribuir um significado mais negativo à sua aparência.

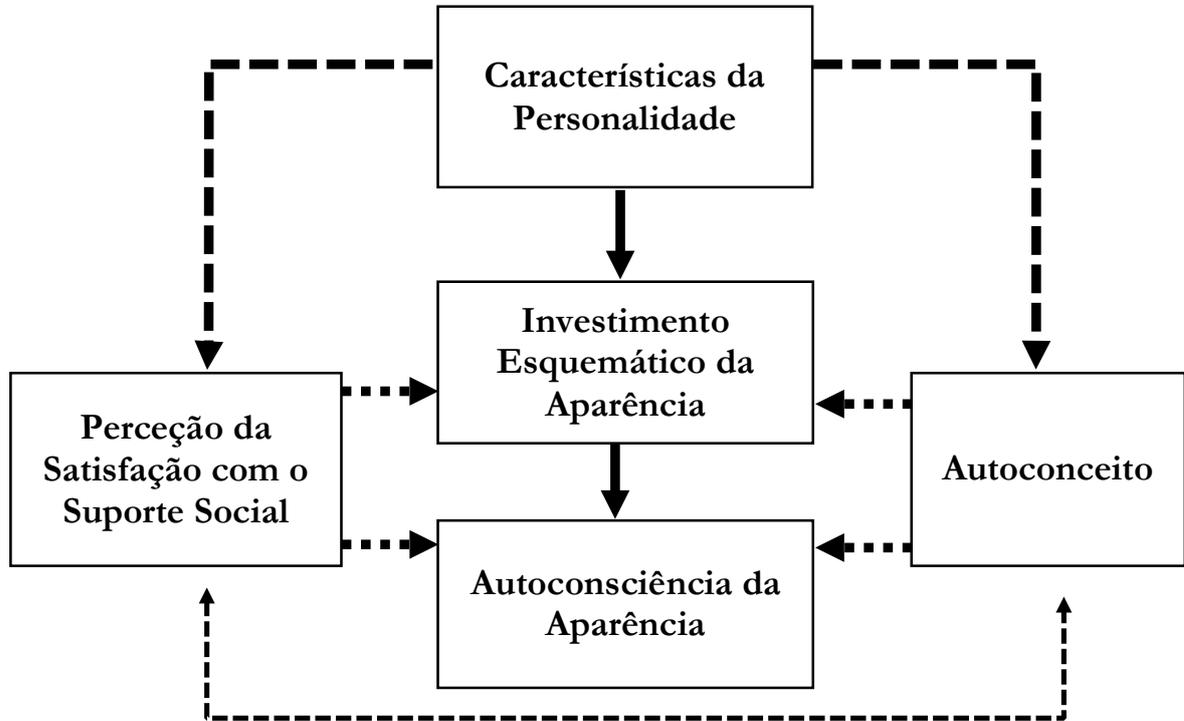
A presente investigação, permite-nos compreender que a Autoconsciência da Aparência está sujeita a muitas influências tanto na amostra clínica, como na amostra não clínica, onde as representações cognitivas, emoções e estratégias de autorregulação, desempenham um papel preponderante na construção da imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2004), descrevendo o desfiguramento como um conceito complexo, pelas fortes alterações nas características e integridade do indivíduo (Tagkalakis & Demiri, 2009). Através da figura 1, podemos sintetizar a representação da Aparência em indivíduos com diferenças visíveis na face. Por exemplo, a tabela 3 do artigo V, permite-nos perceber:

- as características da personalidade e o autoconceito, influenciam a perceção da satisfação com o suporte social;
- as características da personalidade, autoconceito e a perceção da satisfação com o suporte social influenciam a autoconsciência da aparência;
- as características da personalidade, autoconceito, e perceção da satisfação com o suporte social influenciam o investimento esquemático da aparência.

O indivíduo, quaisquer que sejam as suas características, é uma organização singular de processos mentais e físicos, podendo existir uma interrupção das atuais cognições quando ocorre a existência de diferenças visíveis na face. O indivíduo perante o desfiguramento, interrompe o fluxo normal da vida, levando-o a procurar/ajustar novos recursos (Turner, Goodin, & Lokey, 2012). Segundo Clark (1999), o indivíduo pode sentir a necessidade de se identificar socialmente devido à sua face apresentar diferenças visíveis que comprometem a sua identidade (Matschke & Sassenberg, 2012; Alves 2016).

Perante as diferenças visíveis na face, a autorregulação funcionará como estratégia reguladora dos pensamentos, emoções, impulsos e de atenção sobre o investimento da imagem corporal (Cash, 2004). As emoções e comportamentos do indivíduo influenciados pela perceção de eventos (Gonçalves, 2000) influenciam assim o aumento do número de distorções cognitivas,

tornando o indivíduo mais insatisfeito com a sua aparência (Nazaré et al., 2010). Segundo Brill e colaboradores (2006), as diferenças visíveis podem influenciar uma nova construção de esquemas relacionados com a aparência, tornando-se mais evidente a presença de erros cognitivos e emoções negativas.



*Figura 1 - Esquema representativo da Autoconsciência da Aparência em Indivíduos com Diferenças Visíveis na Face*

Se os esquemas, atitudes/investimento e a avaliação são a organização central dos constructos na interação cognitiva, emocional e comportamental na avaliação da imagem corporal, considerados por Cash (2004) como eventos atitudinais básicos, as estratégias de autorregulação desempenham um papel fundamental para que o indivíduo com diferenças visíveis na face, possa ter a capacidade de organizar e controlar esses constructos (Booker & Mullan, 2013).

As variações de Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência, apresentadas no nosso estudo, podem estar relacionadas com o facto de o indivíduo tomar consciência e autorregular o afeto, desenvolvendo esforços para que novos pensamentos, sentimentos e comportamentos se adaptem à sua nova “identidade” (Ridder, & Wit, 2006; Carver & Scheier, 1998), influenciando a variação do ajustamento psicológico à aparência pela formação do autoconceito (Moss & Carr, 2004; Cash & Pruzinsky, 2004). Consideramos que o autoconceito do indivíduo sofre também uma alteração, uma vez que esta formação é influenciada pelas crenças

relacionadas com as preocupações com a aparência (Clark & Tiggemann, 2008; Rosser et al., 2010; Rumsey & Harcourt, 2005), surgindo novos conteúdos, atitudes e julgamentos que irão dar um novo sentido ao mundo percebido pelo indivíduo e percebido pela sociedade (Oyserman, Elmore, & Smith, 2012; Moss & Carr, 2004).

Seguindo o modelo autorregulação de Leventhal, percebemos que o ajustamento às diferenças visíveis na face, irá exigir ao indivíduo uma regulação do seu comportamento de forma a minimizar o seu mal-estar e reduzir o desconforto com as diferenças visíveis na face, de acordo com as representações cognitivas e emocionais presentes no indivíduo e meio envolvente. A representação do desfiguramento, a interação entre os sintomas/sinais fisiológicos (desconforto, dor, cicatrizes), a interação afetiva e os processos cognitivos na interpretação do desfiguramento por um lado e as influências psicossociais por outro, influenciam o grau de severidade percebida dessas diferenças visíveis na face, uma vez que o indivíduo após interpretação dos fatores psicológicos e sociais desenvolverá uma possível reação negativa às diferenças visíveis na face. Por exemplo, um estudo de Gwanmesia, Clark e Butler (2011) mencionam que perante um desfiguramento, a identidade do indivíduo é importante não só em termos de reconhecimento facial, mas também em termos de atratividade e identidade sexual.

Os resultados do nosso estudo (amostra não clínica e amostra clínica) apontam que a maioria dos indivíduos apresentam níveis de insatisfação com a imagem corporal. Segundo Moss e Harris (2009), emoções negativas e sofrimento emocional podem levar o indivíduo a demonstrar a insatisfação com a aparência. Em ambas as amostras, existe uma relação entre a dimensão Neuroticismo (tendência a experienciar afetos negativos) e o Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência, existindo maior evidência na amostra clínica, onde o Afeto Negativo aparece como mediador e preditor do Investimento Esquemático da Aparência. Esta evidência, permite-nos reforçar que a expressão facial e o reconhecimento emocional ficam afetados quando o indivíduo apresenta diferenças visíveis na face (Alves, 2016), influenciando as dificuldades no funcionamento social do indivíduo com desfiguramento facial adquirido (Csukly et al., 2011).

Com a presente investigação, confirmamos a complexidade e a diversificação de fatores/variáveis que influenciam o ajustamento psicológico às diferenças visíveis na face. O indivíduo como ser idiossincrásico, cria uma rede de informação específica na construção de auto-esquemas (estes influenciados por estímulos ambíguos, internalização da aparência ideal, emoções positivas e negativas) que poderão conter enviesamentos cognitivos (interpretação seletiva, atenção, outros), levando ao aumento de emoções que possam influenciar ou manter a avaliação e o investimento do indivíduo à sua aparência facial. A criação desta imagem afeta a percepção das

variáveis (comparação social, crenças culturais, otimismo, *coping*, habilidades sociais, evitamento/negação, comparação social) que influenciam o Investimento Esquemático no ajustamento à Autoconsciência da Aparência (severidade do desfiguramento; preocupações com as diferenças visíveis; realização de novas cirurgias; percepção da satisfação com o suporte social).

As conclusões deste estudo devem ser interpretadas no contexto e suas limitações. Embora os indivíduos apresentem um desfiguramento facial adquirido, a dimensão da amostra deste estudo não permitiu investigar relações mais complexas entre as variáveis. Apesar dos resultados serem estatisticamente significativos, deve ter-se em atenção a probabilidade de ocorrência de um erro tipo II, devido à dimensão da amostra (Marôco, 2010). Outra limitação do presente estudo relaciona-se com o elevado número de instrumentos utilizados para a avaliação das variáveis após a cirurgia plástica/reconstrutiva, que pode não ter captado de forma mais focada as experiências destes indivíduos perante o ajustamento às diferenças visíveis na face, subestimando a força da relação entre a gravidade do desfiguramento e os processos/resultados individuais e psicossociais. Face a estas limitações, recomenda-se que em caso de replicação do presente estudo, a primeira avaliação seja realizada antes da cirurgia plástica/reconstrutiva, aumentando o período de follow-up. Estudos futuros devem associar investigação qualitativa e quantitativa, de forma a conhecer melhor relatos de experiências e conteúdos do pensamento dos indivíduos com diferenças visíveis na face (Partridge, 2003; Carr et al., 2005; Rumsey & Harcourt, 2004, 2012; Clarke et al, 2014).

De forma global, consideramos que apesar das limitações e constrangimentos experienciados no âmbito da realização desta investigação, os trabalhos desenvolvidos produziram resultados que podem contribuir de forma significativa para abrir linhas de investigação associadas ao impacto e ajustamento às diferenças visíveis na face. Sendo a autoimagem e o autoconceito dimensões de carácter psicológico, o estudo dos processos de ajustamento ao desfiguramento facial adquirido constituem uma área de investigação e intervenção para os Psicólogos Clínicos e da Saúde. No mesmo sentido, e considerando as características do atual contexto social e tecnológico (ex. redes sociais), torna-se pertinente investir no delineamento de intervenções que promovam um melhor ajustamento às diferenças visíveis da face.

## Referências

- Alves, D. (2016). *Transplante da Face: Impacto na Análise da Expressão Facial da Emoção*. Santo Tirso: Idioteque Communication Group
- Ashikali, EM., Dittmar, H., & Ayers, S. (2014). The Effect of Cosmetic Surgery Reality TV Shows on Adolescent Girls' Body Image. *Psychology of Popular Media Culture*, 3, 141-153. doi: 10.1037/ppm0000022
- Bessel, A.; Clarke, A.; Harcourt, D.; Moss, T. & Rumsey, N. (2010). Incorporating User Perspectives in the Design of an Online Intervention Tool for People with Visible Differences: Face IT. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 577-596. doi:10.1017/S1352465810000305
- Bonanno, A., & Choi, J.Y. (2010). Mapping out the social experience of cancer patients with facial disfigurement. *Health*, 2, 418-428. doi:10.4236/health.2010.25063
- Bradbury, E. (2011). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1-4. doi:10.106/j.bjoms.2010.11.022
- Brill, S. E., Clarke, A., Veale, D. M., & Butler, P. M. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image*, 3(1), 1-15. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.002
- Carr, T., Harris, D., & James, C. (2000). The Derriford Appearance Scale (DAS-59): A new scale to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal Of Health Psychology*, 5, 201-215. doi:10.1348/135910700168865
- Carr, T., Moss, T., & Harris, D. (2005). The DAS-24: A short form of the Derriford Appearance Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology*, 10, 285-298. doi:10.1348/135910705X27613
- Cash, T. (1997). *The Body Image Workbook: An Eight-step Program for Learning to Like Your Looks*. Oakland: New Harbinger
- Cash, T. (2004). Body Image: past, present, and future. *Body image*, 1, 1-5. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (2004). *Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press
- Cash, T., & Smolak, L. (2012). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guildford Press

- Clark, L., & Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and Individual Psychological Predictors of Body Image in Young Girls: A Prospective Study. *Developmental Psychology*, 44, 1124-1134. Doi: 10.1037/0012-1649.44.4.1124
- Clarke, A., Thompson, A., Jenkinson, E., Rumsey, N., & Newell R. (2014). *CBT for Appearance Anxiety – Psychosocial Intervention for Anxiety due to Visible Difference*. United Kingdom: Wiley Blackwell
- Cordeiro, A., & Stabenow, E. (2008). Câncer de Cabeça e Pescoço. In Carvalho, V.; Franco, M.; Kovács, M.; Liberato, R.; Macieira, R.; Veit, M.; Gomes, M., & Barros, L. (Eds). *Temas em Psico-Oncologia* (pp.82-92). São Paulo: Summus
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian Journal Of Plastic Surgery*, 43, 200-205. doi:10.4103/0970-0358.73452
- Duba, J., Kindsvatter, A., & Priddy, C. (2010). Deconstructing the Mirror's Reflection: Narrative Therapy Groups for Women Dissatisfied With Their Body. *Adultspan Journal*, 9, 103-116. doi: [10.1002/j.2161-0029.2010.tb00075.x](https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2010.tb00075.x)
- Elks, M. (1990). Another Look at Facial Disfigurement. *Journal of Rehabilitation*, 56, 36-40. Retrived from [http://www.thefreelibrary.com/\\_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427](http://www.thefreelibrary.com/_/print/PrintArticle.aspx?id=8844427)
- Falvey, H. (2012). Cross-Cultural Differences. In N. Rumsey, & D. Harcourt (Eds.), *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.36-46). United Kingdom: Oxford University Press
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I-Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, 2, 209-218. Retrived from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a11.pdf>
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II-Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227. Retrived from <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/84/pdf>
- Gardiner, M., Topps, A., Richardson, G., Sacker, A., Clarke, A., & Butler, P. (2010). Differential judgements about disfigurement: the role of location, age and gender in decisions made by observers. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63, 73-77. doi:10.1016/j.bjps.2008.07.043

- Harris, D. (1997) Types, causes and physical treatment of visible differences. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr & J. Partridge (Eds), *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.79-90) Oxford: Butterworth Heinemann.
- Henry, S. (2011). Disfigurement and visible difference: The impact upon personal and personality development and the implications for therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10, 274-285. doi: 10.1080/14779757.2011.626635
- Jankowski, G., Diedrichs, P., & Halliwell, E. (2014). Can Appearance Conversations Explain Differences Between Gay and Heterosexual Men's Body Dissatisfaction?. *Psychology of Men & Masculinity*, 15, 68-77. doi: 10.1037/a0031796
- Jones, A., Kramer, R. , & Ward, R. (2012). Signals of personality and health: The contributions of facial shape, skin texture, and viewing angle. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 38, 1353-1361. doi:10.1037/a0027078
- Konradsen, H., Kirkvold, M., & Zoffmann, V. (2009). Surgical facial cancer treatment: the silencing of disfigurement in nurse-patient interactions. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2409-2418. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05102.x.
- Laranjeira, C. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7, 469-476. Retried from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v7n2/v7n2a13.pdf>
- Lima, M. & Simões, A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO-PI-R: Resultados da Aferição Portuguesa. *Psychologica*, 18, 25-46.
- Lima, M. & Simões, M. (2000). NEO PI-R - Inventário de Personalidade NEO Revisto. Lisboa: GEGOC-TEA, Lda
- Magidson, J., Roberts, B., Collado-Rodriguez, A., & Lejuez, C. (2012). Theory-Driven Intervention for Changing Personality: Expectancy Value Theory, Behavioral Activation, and Conscientiousness. *Developmental Psychology*, 50, 1442-1450. doi: 10.1037/a0030583
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Lisboa: Report Number, Lda.
- Mendes, J. & Figueiras, M. (2013). Desfiguramento Facial adquirido: breve revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 484-501. doi: 10.15309/13psd140309
- Moss, T. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, 2, 151-159. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.004

- Moss, T. & Carr, T. (2004). Understanding Adjustment to Disfigurement: The Role of the Self-Concept. *Psychology and Health*, Vol.19, No.6, pp.737-748. doi:10.1080/08870440410001722967
- Moss, T. & Harris, D. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: A prospective controlled outcome study. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 567-572. doi:10.1080/13548500903112374
- Muhlig-Versen, A., Bowen, C., & Staudinger, U. (2012). Personality Plasticity in Later Adulthood: Contextual and Personal Resources Are Needed to Increase Openness to New Experiences. *Psychology and Aging*. 27, 855-866. doi: 10.1037/a0029357
- Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8, 21-36. Retrived from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3424/1/LP\\_8\\_21-36.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3424/1/LP_8_21-36.pdf)
- Pais-Ribeiro, J. & Ribeiro, L. (2003). Estudo de validação de uma escala de auto-conceito físico para homens jovens adultos. *Análise Psicológica*, 4, 431-439. doi: 10.14417/ap.3
- Partridge, J. (1997) Living visibly different: a summary. In R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr, & J. Partridge (Eds). *Visibly Different: Coping with disfigurement* (pp.67-73). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Partridge, J. (2003). *Changing Faces: The challenge of facial disfigurement* (4<sup>th</sup> ed.). London: A changing Faces Publication
- Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J., Costa, M., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 28, 1-10. doi: 10.17575/rpsicol.v28i2.534
- Rahzani, K., Taleghani, F. F., & Nasrabad, A. (2009). Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: Consequences and strategies-A qualitative study. *Burns*, 35, 875-881. doi:10.1016/j.burns.2008.11.003
- Rosser, B., Moss, T. & Rumsey, N. (2010). Attentional and interpretative biases in appearance concern: An investigation of biases in appearance-related information processing. *Body Image* 7, 251-254. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.007
- Rumsey, N. & Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance*. England: Open University Press

- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2012). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance*. United Kingdom: Oxford University Press
- Secchi, K., Camargo, B., & Bertolo, R. (2009). Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 229-236. doi: 10.1590/S0102-37722009000200011
- Smolak, L. (2012). Appearance in Childhood and Adolescence. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (2012). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.36-46). United Kingdom: Oxford University Press
- Stephan, Y., Demulier, V., & Terracciano, A. (2012). Personality, Self-Rated Health, and Subjective Age in a Life-Span Sample: The Moderating Role of Chronological Age. *Psychology and Aging*, 27, 875-880. doi: 10.1037/a0028301
- Stone, A. & Wright, T. (2012). Evaluations of People Depicted With Facial Disfigurement Compared to Those With Mobility Impairment. *Basic and Applied Social Psychology*, 34, 212-225. doi: 10.1080/01973533.2012.674420
- Swami, V., Tran, V., Brooks, L., Kanaan, L., Luesse, M., Nader, I., Pietschnig, J., Stieger, S. & Voracek, M. (2013). Body image and personality: Associations between the Big Five Personality Factors, actual-ideal weight discrepancy, and body appreciation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 146-151. doi: 10.1111/sjop.12014
- Tagkalakis, P., & Demiri, E. (2009). A fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 22, 203-207. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188186/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-22-203.pdf>
- Thambyrajah, C., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn, C. (2010). "Cancer Doesn't Mean Curtains": Benefit Finding in Patients with Head and Neck Cancer in Remission. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 666-682. doi:10.1080/0734332.2010.516812
- Thompson, A. (2012). *Researching Appearance: Models, Theories, and Frameworks*. In Rumsey, N. & Harcourt, D. *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.91-109). United Kingdom: Oxford University Press.

- Tiggemann, M., & Slevect, J. (2012). Appearance in Adulthood. In Rumsey, N., & Harcourt, D. (Eds.). *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance* (pp.47-62). United Kingdom: Oxford University Press.
- Vaz Serra, A. (1986). O «Inventário Clínico de Auto-Conceito». *Psiquiatria Clinica*, 7, 67-84. Retrieved from <http://baes.ua.pt/handle/10849/82>
- Warner, R. & Sugarman, D. (1986). Attributions of Personality Based on Physical Appearance, Speech, and Handwriting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 792-799. doi: 10.1037/0022-3514.50.4.792
- Wortman, J., Lucas, R., & Donnellan, M. (2012). Stability and Change in the Big Five Personality Domains: Evidence From a Longitudinal Study of Australians. *Psychology and Aging*, 27, 867-874. doi: 10.1037/a0029322



# ANEXOS

## ANEXO A - Estudos que abordam as várias dimensões do *self* no disfiguramento

**Self-esteem** (Adsett, 1963; Kiecolt-Glaser & Williams, 1987; Newell, 1999; Clark, 1999; Rumsey & Harcourt, 2004; Callahan, 2004; Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006; Smith, Smith, & Rainey, 2006; Morris et al, 2007; Stuber, Meyer, & Link, 2008; Tagkalakis, & Demiri, 2009; Moolenburgh, Mureau, Versnel, Duivenvoorden, & Hofer, 2009; Soni et al, 2010; Deno et al, 2010; Henry, 2011; Bradbury, 2012; Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013); **Self-blame** (Kiecolt-Glaser & Williams, 1987; Howren, Christensen, Karnell, & Funk, 2013); **Self-disclosure** (Kiecolt-Glaser & Williams, 1987); **Self-efficacy** (Newell, 1999; Hagedoorn & Molleman, 2006; Deno et al, 2010; Howren et al, 2013); **Self-help** (Newell, 1999; Clark, 1999; Rumsey & Harcourt, 2004; Martin & Newel, 2004; Bessel & Moss, 2007; Corry, Pruzinsky, & Rumsey, 2009); **Self-care** (Dropkin, 1999; Ziegler, Newell, Stafford, & Lewin, 2004; Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006; Smith, Smith, & Rainey, 2006; Morris et al, 2007; Howren et al, 2013); **Self-expression** (Dropkin, 1999); **Self-image** (Clark, 1999; Ziegler, Newell, Stafford, & Lewin, 2004; Rumsey & Harcourt, 2004; Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006; Morris et al, 2007; Edwards et al, 2008; Tagkalakis, & Demiri, 2009; Moolenburgh, et al 2009; Soni et al, 2010; Deno et al, 2010, Henry, 2011; Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013; Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013); **Self-control** (Ziegler, Newell, Stafford, & Lewin, 2004; Morris et al, 2007; Edwards et al, 2008); **Self-reflection** (Callahan, 2004); **Self-concept** (Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006; Bessel & Moss, 2007; Tagkalakis, & Demiri, 2009; Moolenburgh, et al, 2009; Henry, 2011; Bessel, Brough, Clarke, Harcourt, Moss, & Rumsey, 2012; Howren, et al, 2013) **Self-confident** (Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006; Smith, Smith, & Rainey, 2006; Edwards et al, 2008; Soni et al, 2010; Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013); **Self-instructions** (Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006); **Self-perception** (Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006; Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006; Morris et al, 2007; Tagkalakis, & Demiri, 2009; Islam, Ahmed, Walton, Dinan, & Hoffman, 2010; Deno et al, 2010; Bessel, Brough, Clarke, Harcourt, Moss, & Rumsey, 2012; Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013); **Self-schemas** (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006); **Self-consciousness** (Brill, Clarke, Veale, & Butler, 2006; Pruzinsky, & Rumsey, 2009, Henry, 2011; Smith, Wang, Plotkin, & Park, 2013; Howren et al, 2013; Rayner, Kauntzem & Sayers, 2017), **Self-assessment** (Bessel & Moss, 2007); **Self-monitoring** (Bessel & Moss, 2007; Morris et al, 2007; Edwards et al, 2008); **Self-acceptance** (Corry, Pruzinsky, & Rumsey, 2009; Henry, 2011; Bradbury, 2012).

## ANEXO B - NEO-Five Factor Inventory

(Lima & Simões, 2000)

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações que se seguem e assinale com uma cruz o que melhor representa a sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, pois somos todos pessoas diferentes. Responda a todas as questões.

Afirmações	Discordo Fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto de ter muita gente à minha volta.					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordada.					
4. Tento ser delicada com todas as pessoas que encontro.					
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
6. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					
7. Rio, facilmente.					
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa não mudo mais.					
9. Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
11. Quando estou numa grande tensão, sinto-me às vezes como se me estivessem a fazer em pedaços.					
12. Não me considero, especialmente, uma pessoa alegre.					
13. Fico admirada com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejosa e egoísta.					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
16. Raramente me sinto só ou abatida.					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas com ideias discutíveis só os pode confundir e desorientar.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
21. Muitas vezes, sinto-me tensa e enervada.					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada me diz.					

24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros e faço por atingi-los de forma ordenada.					
26. Às vezes, sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinha.					
28. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontada ou ansiosa.					
32. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
33. Raramente me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes, aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem-disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me fria e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou uma grande optimista.					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e dura nas minhas atitudes.					
45. Às vezes, não sou tão segura ou digna de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimida.					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente, procuro ser atenciosa e delicada.					

50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me muitas vezes desamparada, desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-lho saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizada.					
56. Já houve altura que fiquei tão envergonhada que desejei meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
59. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.					

## ANEXO C - Positive Affect and Negative Affect

(Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, Inserir aqui as instruções de tempo de resposta adequada\*:

**(1) Nada ou muito Ligeiramente (2) Um Pouco (3) Moderadamente (4) Bastante (5) Extremamente**

<input type="text"/> Interessado	<input type="text"/> Orgulhoso
<input type="text"/> Perturbado	<input type="text"/> Irritado
<input type="text"/> Excitado	<input type="text"/> Encantado
<input type="text"/> Atormentado	<input type="text"/> Remorsos
<input type="text"/> Agradavelmente surpreendido	<input type="text"/> Inspirado
<input type="text"/> Culpado	<input type="text"/> Nervoso
<input type="text"/> Assutado	<input type="text"/> Determinado
<input type="text"/> Caloroso	<input type="text"/> Trémulo
<input type="text"/> Repulsa	<input type="text"/> Activo
<input type="text"/> Entusiasmado	<input type="text"/> Amedrontado

***\* Tempos de resposta utilizados pelos autores:***

- agora, ou seja, neste momento;
- hoje;
- durante os últimos dias;
- durante a última semana;
- durante as últimas semanas;
- durante o último ano;
- geralmente, ou seja, em média.

## ANEXO D - TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA - Revisto

(Laranjeira, 2008; SCHEIER, CARVER & BRIDGES, 1994)

Não existem respostas certas ou erradas. Seja cuidadoso(a) ao responder à questão de cada item e não deixe que a resposta dum(a) influencie a respostas às outras.

Emita a sua opinião a partir da seguinte escala:

- 0 – Discordo bastante
- 1 – Discordo
- 2 – Neutro
- 3 – Concordo
- 4 – Concordo bastante

1 – Em situações difíceis espero sempre o melhor.	0	1	2	3	4
2 – Para mim é fácil relaxar.	0	1	2	3	4
3 – Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza.	0	1	2	3	4
4 – Sou sempre otimista relativamente ao futuro.	0	1	2	3	4
5 – Eu gosto muitos dos meus amigos.	0	1	2	3	4
6 – Para mim, é importante manter-me ocupado(a).	0	1	2	3	4
7 – Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.	0	1	2	3	4
8 – Não fico facilmente preocupado(a).	0	1	2	3	4
9 – Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.	0	1	2	3	4
10 – No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.	0	1	2	3	4

## ANEXO E - Inventário Clínico de AutoConceito

## Inventário Clínico de Auto-Conceito

(© A. Vaz Serra, 1985)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ anos Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_  
 Nota global \_\_\_\_\_ F1 (1+4+9+16+17) \_\_\_\_\_ F2 (3+5+8+11+18+20) \_\_\_\_\_ F3 (2+6+7+13) \_\_\_\_\_ F4 (10+15+19) \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda de forma verdadeira, espontânea e rápida a cada uma delas. Ao dar a sua resposta considere, sobretudo, a *sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que pensa se lhe aplica de forma mais característica.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□

**Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!**

## ANEXO F - Escala de Satisfação com o Suporte Social

(Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira avaliação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e se apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a Letra E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em	A	B	C	D	E

actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

## ANEXO G - Derriford Appearance Scale

T. Moss, A. T. Carr & D. L. Harris (1996)

Versão Portuguesa: H. Moreira & M.C. Canavarro (2007)

**Este questionário relaciona-se com a forma como se sente em relação à sua aparência.**

A primeira parte da escala tem como objectivo compreender se é sensível ou se se sente desconfortável ou constrangido com algum aspecto da sua aparência (mesmo que não seja habitualmente visível para os outros).

**(a) Existe algum aspecto da sua aparência (mesmo que pequeno) que o preocupe?**

Sim

Não

**(b) O aspecto da minha aparência acerca do qual sou mais sensível ou com o qual me sinto mais desconfortável ou constrangido é:**

---

**A partir de agora, iremos referir-nos a este aspecto da sua aparência como a sua “característica”.**

**(c) Aquilo de que não gosto nesta minha “característica” é:**

---

**(d) Se está preocupado com outras características do seu corpo ou da sua aparência, por favor, diga quais são:**

---

As seguintes questões relacionam-se com a forma como se sente ou comporta. São questões simples. Por favor, assinale a resposta que melhor se aplica a si. Se uma afirmação não se aplicar de todo a si, por favor assinale a resposta N/A (não aplicável). Procure não demorar muito tempo em cada questão. Por favor responda a todas as questões!

1 **Até que ponto de sente confiante?**

Nada \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Extremamente \_\_\_

2 **Até que ponto se sente angustiado(a) quando se olha ao espelho ou vê o seu reflexo numa janela?**

Extremamente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Nada Perturbado \_\_\_

3 **O desconforto/constrangimento que sinto em relação à minha aparência torna-se irritável em casa:**

N/A \_\_\_ Nunca/Quase Nunca \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Quase Sempre \_\_\_

4 **Até que ponto se sente magoado(a)?**

Extremamente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Nada \_\_\_

5 **No momento presente, o desconforto/constrangimento que sinto em relação à minha aparência tem um efeito negativo no meu trabalho:**

Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_ N/A \_\_\_

6 **Em que medida se sente perturbado(a) quando vai à praia?**

N/A \_\_\_ Nunca \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Extremamente \_\_\_

7 **As outras pessoas fazem juízo errado acerca de mim por causa da minha “característica”:**

Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_ N/A \_\_\_

8 **Até que ponto se sente feminina/masculino?**

Nada \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Extremamente \_\_\_

9 **Sinto-me desconfortável/constrangido(a) com a minha “característica”:**

N/A \_\_\_ Nunca/Quase Nunca \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Quase Sempre \_\_\_

10 **Até que ponto se sente irritável?**

Nada \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Extremamente \_\_\_

11 **Utilizo determinados gestos (ex.: cruzar os braços em frente a outras pessoas, tapas a boca com a mão):**

Nunca/Quase Nunca \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Quase Sempre \_\_\_

12 **Evito vestiários comuns:**

Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_ N/A \_\_\_

13 **Até que ponto se sente perturbado(a) quando faz compras em supermercados ou grandes superfícies?**

N/A \_\_\_ Nada \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Extremamente \_\_\_

14 **Até que ponto se sente rejeitado(a)?**

Nada \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Extremamente \_\_\_

15 **Evito despir-me em frente ao meu/à minha companheiro(a):**

N/A \_\_\_ Nunca/Quase Nunca \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Quase Sempre \_\_\_

16 **Até que ponto se sente angustiado(a) quando pratica algum desporto ou jogo?**

Extremamente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Nada \_\_\_ N/A \_\_\_

17 **Fecho-me na minha “concha”:**

Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_

18 **Até que ponto se sente perturbado(a) quando não é capaz de vestir as suas roupas preferidas?**

Extremamente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Nada \_\_\_ N/A \_\_\_

19 **Até que ponto se sente angustiado(a) em encontros sociais?**

- N/A \_\_\_ Nada \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Consideravelmente \_\_\_ Extremamente \_\_\_
- 20 **Até que ponto se sente normal?**  
Nada \_\_\_ Ligeiramente \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Extremamente \_\_\_
- 21 **No momento presente, o desconforto/constrangimento que sinto em relação à minha aparência tem um efeito negativo na minha vida sexual:**  
Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_ N/A \_\_\_
- 22 **Evito sair de casa:**  
Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_
- 23 **Até que ponto fica perturbado(a) quando as pessoas fazem comentários sobre a sua “característica”?**  
N/A \_\_\_ Nada \_\_\_ Moderadamente \_\_\_ Consideravelmente \_\_\_ Extremamente \_\_\_
- 24 **Evito ir a bares/cafés/restaurantes:**  
Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_ N/A \_\_\_

• **A minha “característica” causa-me dor ou desconforto físico:**

Nunca/Quase nunca \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Quase sempre \_\_\_

• **A minha “característica” limita a minha capacidade física para fazer as coisas que quero fazer:**

Quase sempre \_\_\_ Frequentemente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Nunca/quase nunca \_\_\_

## ANEXO H - Appearance Schemas Inventory-Revised

T. F. Cash (2003);

Versão Portuguesa: H. Moreira, B. Nazaré & M.C. Canavarro (2007)

As afirmações que se seguem são opiniões que as pessoas podem ou não ter acerca da sua aparência física e da influência que esta tem nas suas vidas.

Decida em que medida concorda ou discorda com cada afirmação e assinale com uma cruz a alternativa que melhor corresponde à sua opinião. **Não há respostas certas ou erradas.**

**Procure apenas ser fiel às suas opiniões pessoais.**

**Em que medida concorda ou discorda com cada afirmação:**

		Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	Perco pouco tempo com a minha aparência física.					
2	Quando vejo pessoas com boa aparência, pergunto a mim próprio se a minha aparência estará à altura.					
3	Tento ser fisicamente tão atraente quanto consigo.					
4	Nunca dei muita atenção ao meu aspecto físico.					
5	Raramente comparo a minha aparência com a das outras pessoas.					
6	Vejo-me muitas vezes ao espelho, para ter a certeza de que a minha aparência física está bem.					
7	Quando acontece alguma coisa que me faz sentir bem ou sentir mal em relação à					

	minha aparência, tenho tendência a pensar muito nisso.					
8	Se, num determinado dia, eu gostar da minha aparência, é fácil sentir-me feliz com outras coisas.					
9	Se alguém tivesse uma reacção negativa em relação ao meu aspecto físico, isso não me incomodaria.					
10	No que respeita à minha aparência física, tenho padrões de exigência muito elevados.					
11	A minha aparência física tem tido pouca influência na minha vida.					
12	Vestir-me bem não é uma prioridade para mim.					
13	Quando conheço pessoas, penso no que elas irão achar da minha aparência.					
14	No meu dia-a-dia, acontecem muitas coisas que me fazem pensar no meu aspecto físico.					
15	Se eu não gostar da minha aparência num determinado dia, é difícil sentir-me feliz com outras coisas.					
16	Costumo fantasiar sobre como seria a minha vida se fosse fisicamente mais					

	atraente do que sou.					
17	Antes de sair de casa, certifico-me de que a minha aparência está tão bem quanto me é possível.					
18	A minha aparência é uma parte importante daquilo que sou.					
19	Ao controlar a minha aparência, consigo controlar muitos aspectos sociais e emocionais na minha vida.					
20	A minha aparência é responsável por muitas das coisas que aconteceram na minha vida.					

## ANEXO I - Questionário Sociodemográfico



Número: | \_\_\_\_\_ | (últimos 4 dígitos do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade)

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino

### Habilitações Literárias:

4º Classe (antiga)  5º ano  6º ano  7º ano  8º ano  9º ano  10º ano  11º ano

12º ano  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Quantos anos estudou: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ . Situação Profissional atual? \_\_\_\_\_

Estado Civil: Solteiro  Casado  Viúvo  Divorciado  União de Facto

Número de filhos: \_\_\_\_\_

### Área Residência:

Grande meio urbano  Pequeno meio urbano  Grande meio rural  Pequeno meio rural

☞ Norte  Centro  Lisboa e Vale do Tejo  Alentejo  Algarve

Causa do desfiguramento: Trauma  Doença

Tipo de Trauma: \_\_\_\_\_ Tipo de Doença: \_\_\_\_\_

Primeira cirurgia maxilo-facial: Sim  Não

Se não, esta é a: \_\_\_\_\_

### Como considera o seu suporte familiar:

Relacionamento Mau  Relacionamento Razoável  Relacionamento Bom  Relacionamento Excelente



## ANEXO J - Consentimento Informado



Estamos a realizar um trabalho de investigação sobre o ajustamento psicológico ao desfiguramento facial em doentes do sexo masculino e sexo feminino ( $\geq 17$  anos).

Para isso, é necessário recolher informação dos pacientes que foram submetidos a uma intervenção cirúrgica reconstrutiva maxilo-facial, através do uso de inquéritos que incluem questões relacionadas sobre crenças, representações cognitivas, autoconceito e emoções relativas à imagem corporal (aparência), assim como a recolha de informação para a sua caracterização demográfica. Estes inquéritos irão acompanhar o período de recuperação e serão aplicados em 2 momentos diferentes: 4/8 dias após a cirurgia, e 12 meses. A recolha desta informação pessoal será codificada e solicitada apenas uma vez, ficando os seus dados pessoais guardados pelo investigador principal do projeto, sendo utilizado apenas o código atribuído inicialmente de forma que todos os seus dados pessoais sejam protegidos.

**Toda a informação que nos fornecer será tratada com toda a confidencialidade e será utilizada exclusivamente para fins científicos.**

A participação neste estudo é voluntária e a recusa em participar não afecta em nada a qualidade do seu tratamento.

---

Declaro que me foram explicados os objetivos e os procedimentos deste estudo e que concordo em participar de forma voluntária nesta investigação.

Número: | \_\_\_\_\_ | (últimos 4 dígitos do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão)

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

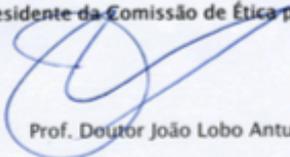
Nome:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Investigador: José Carlos da Silva Mendes

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO K - Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

<p style="text-align: center;">CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE</p>	 <p>HOSPITAL DE SANTAMARIA</p>	 <p>Hospital PulidoValente</p>			
<p><b>Presidente</b></p> <p>Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)</p> <p><b>Vice-Presidente</b></p> <p>Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)</p> <p><b>Membros</b></p> <p>Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)          Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)          Dra. Elisa Pedro (CHLN)          Padre Fernando Sempalo (CHLN)          Dra. Graça Nogueira (CHLN)          Mestre Enfª. Isabel Corte-Real (CHLN)          Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)          Prof. Doutor António Barbosa (FML)          Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)          Prof. Doutor João Lavínia (FML)          Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)          Prof. Doutor José Borata Moura (FML)          Profª. Doutora Maria De Ceu Rueff (FML)</p>	<p>Exmo. Senhor</p> <p><b>Dr. José Carlos da Silva Mendes</b></p> <p>Rua dos Cordoeiros a Pedrouços, N° 91 - 3° A</p> <p>1400-072 LISBOA</p>				
Lisboa, 11 de Junho de 2012					
<p><b>Assunto:</b> Projecto de Investigação "Factores determinantes no ajustamento psicológico ao desfiguramento facial: importância da autorregulação, representação cognitiva, emoções e autoconceito"</p>					
<p><b>Relator - Dr. Mário Miguel Rosa</b></p>					
<p>Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve na reunião realizada em 29 de Março de 2012 parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado a aguardar autorização do Director do Serviço envolvido, presentemente concedida.</p>					
<p>Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.</p>					
<p>Com os melhores cumprimentos,</p>					
<p>O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde</p>  <p>Prof. Doutor João Lobo Antunes</p>					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p><b>COMISSÃO DE ÉTICA CHLN/FML</b></p> <p>Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes</p> <p>Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90</p> <p>Av. Professor Egas Moniz</p> <p>1649-035 LISBOA</p> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <p>www.chln.pt</p> </td> <td style="width: 33%; text-align: right;"> <p>Alameda das Linhas de Torres, 117</p> <p>1769-001 LISBOA</p> <p>Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215</p> </td> </tr> </table>			<p><b>COMISSÃO DE ÉTICA CHLN/FML</b></p> <p>Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes</p> <p>Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90</p> <p>Av. Professor Egas Moniz</p> <p>1649-035 LISBOA</p>	<p>www.chln.pt</p>	<p>Alameda das Linhas de Torres, 117</p> <p>1769-001 LISBOA</p> <p>Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215</p>
<p><b>COMISSÃO DE ÉTICA CHLN/FML</b></p> <p>Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes</p> <p>Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90</p> <p>Av. Professor Egas Moniz</p> <p>1649-035 LISBOA</p>	<p>www.chln.pt</p>	<p>Alameda das Linhas de Torres, 117</p> <p>1769-001 LISBOA</p> <p>Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215</p>			



Exmo. Senhor  
Dr. José Carlos da Silva Mendes  
Rua dos Cordoeiros a Pedrouços, n.º 91 - 3º A  
1400 - 072 LISBOA

Refº PCA - 25 JUN.2012 - 0454

**Assunto:** Projecto de Investigação "Factores determinantes no ajustamento psicológico ao desfiguramento facial: importância da autorregulação, representação cognitiva, emoções e autoconceito".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 21 de Junho de 2012.

Com os melhores cumprimentos, *Jeroni*

O Presidente do Conselho de Administração

*Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha*  
Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

1

## ANEXO L - Autorização da Comissão Nacional Protecção de Dados



**Finalidade:** Estudo observacional sobre os “Fatores determinantes no ajustamento psicológico ao desfiguramento facial: importância da auto-regulação, representação cognitiva, emoções e autoconceito”.

**Categoria de Dados pessoais tratados:** código de participante, dados demográficos (idade, sexo, estado civil, n.º de filhos, área de residência, escolaridade), causa de desfiguramento, primeira cirurgia, se é acompanhado por psicólogo/psiquiatra, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC), Appearance Schemas Inventory-Revised (ASI-R), Inventário de Personalidade – Revisto (Neo- Pi-R), Derriford Appearance Scale (DAS-24), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), WHOQOL- 100, Life Orientation Test (LOT-R), Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE).

**Entidades a quem podem ser comunicados:** Não há.

**Formas de exercício do direito de acesso e rectificação:** Junto da responsável pelo tratamento.

**Interconexões de tratamentos:** Não há.

**Transferências de dados para países terceiros:** Não há

**Prazo de conservação:** A chave da codificação e os consentimentos informados deverão ser destruídos um mês após a defesa da Tese de Doutoramento.

Da presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 27 de Fevereiro de 2012

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade, Vasco Almeida, Helena Delgado António (Relatora), Carlos Campos Lobo, Luís Barroso

Luís Lingnau da Silveira (Presidente)

## ANEXO M - Tabelas resumidas das análises estatísticas dos dados

## Alfa de Cronbach da primeira avaliação

## NEO-FFI

Alfa de Cronbach	N de itens
,857	60

## ICAC

Alfa de Cronbach	N de itens
,767	20

## DAS-24

Alfa de Cronbach	N de itens
,801	24

## ASI-R

Alfa de Cronbach	N de itens
,824	20

## ESSS

Alfa de Cronbach	N de itens
,767	15

## LOT-R

Alfa de Cronbach	N de itens
,747	6

## PANAS

Alfa de Cronbach	N de itens
,815	20

## Alfa de Cronbach da segunda avaliação

## NEO-FFI

Alfa de Cronbach	N de itens
,758	60

## ICAC

Alfa de Cronbach	N de itens
,859	20

## DAS-24

Alfa de Cronbach	N de itens
,926	24

## ASI-R

Alfa de Cronbach	N de itens
,869	20

## ESSS

Alfa de Cronbach	N de itens
,772	15

## LOT-R

Alfa de Cronbach	N de itens
,775	6

## PANAS

Alfa de Cronbach	N de itens
,760	20

## Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Estudo Longitudinal

Caracterização Sociodemográfica (%)			
<b>Ter cicatriz</b>		<b>Está a trabalhar?</b>	
Sim	16.4	Sim	71.6
Não	83.6	Não	26.9
<b>Género</b>		<b>Causa do Desfiguramento</b>	
Feminino	64.2	Doença	38
Masculino	35.8	Trauma	29
<b>Estado Civil</b>		<b>Origem do Desfiguramento</b>	
Solteiro	40.3	Acidente	11.9
Casado	47.8	Agressão	17.9
Divorciado	1.5	Cancro	55.2
União de Facto	10.4	Queimadura	14.9
<b>Área de Residência</b>			
Grande Meio Urbano	50.7		
Pequeno Meio Urbano	35.8		
Grande Meio Rural	6		
Pequeno Meio Rural	7.5		
<b>Habilitações Literárias</b>			
7º ano	3		
9ª ano	13.4		
12º ano	28.4		
Licenciatura	31.3		
Mestrado	17.9		
(média dos anos de estudo)	M=14.46		

### Amostra emparelhada

	M (SD)		95% intervalo de confiança da		t	p
	Momento 1	Momento 2	diferença			
			Inferior	Superior		
Neuroticism	3.28 (.72)	3.24 (.61)	-.20	.29	.37	.710
Extroversion	3.69 (.46)	3.05 (.60)	.48	.81	8.02	<.001
Openness	3.48 (.49)	3.05 (.43)	.28	.56	5.98	<.001
Agreeableness	3.49(.53)	3.20 (.48)	.12	.45	3.37	.001
Conscientiousness	3.90 (.45)	2.99 (.53)	.75	1.06	11.46	<.001
Self-Concept	12.60 (2.17)	14.22 (2.15)	-2.35	-.90	-4.48	<.001
Self-Consciousness of Appearance	2.02 (.50)	3.85 (1.34)	-2.17	-1.49	-10.76	.000
Investimento esquemático Aparência	6.59 (.1.08)	6.24 (1.17)	-.07	.76	1.68	.098
Satisfação Suporte Social	11.54 (2.28)	11.86 (2.31)	-1.09	.47	-.80	.426
Otimismo	3.20 (.74)	3.31 (.83)	-.23	.01	-1.90	.062
Afeto Positivo	3.15 (.63)	3.21 (.59)	-.27	.15	-.550	.584
Afeto Negativo	2.19 (.82)	2.39 (.79)	-.50	.09	-1.38	.172

### Tabelas t-Student

#### Ter cicatriz e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis da Aparência	Ter Desfiguramento	1ª Avaliação					2ª Avaliação				
		N	M	DP	t	p	N	M	DP	t	p
Autoconsciência da Aparência	Sim	11	1.95	.52	-.47	.63	11	4.53	1.34	1.83	.07
	Não	56	2.03	.50			56	3.72	1.31		
Saliência Auto-Avaliativa	Sim	11	3.17	.67	.39	.84	11	3.15	.67	.66	.50
	Não	56	3.21	.56			56	2.99	.74		
Saliência Motivacional	Sim	11	3.56	.60	.96	.31	11	3.27	.70	.29	.76
	Não	56	3.35	.65			56	3.21	.57		

### Gênero e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis da Aparência	Gênero	1ª Avaliação					2ª Avaliação				
		N	M	DP	t	p	N	M	DP	t	p
Autoconsciência da Aparência	Feminino	43	2.06	.45	.97	.33	43	3.95	1.31	.76	.44
	Masculino	24	1.94	.58			24	3.69	1.41		
Saliência Auto-Avaliativa	Feminino	43	3.28	.49	1.49	.13	43	3.12	.67	1.57	.11
	Masculino	24	3.06	.69			24	2.83	.80		
Saliência Motivacional	Feminino	43	3.50	.62	1.93	.05	43	3.20	.58	-.37	.70
	Masculino	24	3.18	.65			24	3.26	.61		

### Estar a trabalhar e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis da Aparência	Trabalho	1ª Avaliação					2ª Avaliação				
		N	M	DP	t	p	N	M	DP	t	p
Autoconsciência da Aparência	Ativo	48	1.99	.52	-.53	.59	48	3.88	1.30	.09	.92
	Não Ativo	18	2.07	.45			18	3.84	1.51		
Saliência Auto-Avaliativa	Ativo	48	3.16	.58	-1.11	.26	48	3.05	.77	.47	.63
	Não Ativo	18	3.34	.56			18	2.95	.62		
Saliência Motivacional	Ativo	48	3.39	.65	.11	.90	48	3.22	.63	-.01	.99
	Não Ativo	18	3.37	.67			18	3.22	.50		

### Causa do desfiguramento e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis da Aparência	Causa do Desfiguramento	1ª Avaliação					2ª Avaliação				
		N	M	DP	t	p	N	M	DP	t	p
Autoconsciência da Aparência	Doença	38	2.10	.41	1.51	.13	38	3.82	1.21	-	.82
	Trauma	29	1.91	.58			29	3.90	1.52		
Saliência Auto-Avaliativa	Doença	38	3.26	.63	.88	.38	38	3.08	.64	.76	.44
	Trauma	29	3.13	.49			29	2.94	.83		
Saliência Motivacional	Doença	38	3.45	.69	.95	.34	38	3.25	.59	.41	.68
	Trauma	29	3.30	.58			29	3.18	.58		

## Acompanhamento Psicológico e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis da Aparência	Psicólogo/Psiquiatra	1ª Avaliação					2ª Avaliação				
		N	M	DP	t	p	N	M	DP	t	p
Autoconsciência da Aparência	Sim	5	2.15	.27	.57	.56	5	3.63	1.90	-.38	.70
	Não	62	2.01	.51			62	3.87	1.31		
Saliência Auto-Avaliativa	Sim	5	3.25	.31	.17	.86	5	2.68	.65	-	.28
	Não	62	3.20	.59			62	3.05	.73		
Saliência Motivacional	Sim	5	3.52	.39	.48	.62	5	3.22	.49	.004	.99
	Não	62	3.37	.66			62	3.22	.60		

### Tabelas Anova

#### Habilitações Literárias e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis Aparência	Habilitações Literárias	1ª Avaliação					2ª Avaliação				
		N	M	DP	Anova		N	M	DP	Anova	
					F	p				F	p
Autoconsciência	7º ano	2	2.25	.35	.173	.95	2	2.41	.70	.85	.49
	9º ano	9	1.99	.38			9	3.63	1.09		
	12º ano	19	2.10	.39			19	3.74	1.25		
	Licenciatura	21	2.01	.50			21	4.01	1.22		
Saliência Auto-Avaliativa	Mestrado	12	2.03	.73	.362	.83	12	4.08	1.72	1.10	.36
	7º ano	2	3.08	.35			2	2.12	1.23		
	9º ano	9	3.25	.57			9	2.89	1.02		
	12º ano	19	3.32	.40			19	2.96	.62		
	Licenciatura	21	3.24	.59			21	3.17	.65		
	Mestrado	12	3.06	.83			12	3.13	.78		
Saliência Motivacional	7º ano	2	3.12	.17	1.45	.22	2	3	.53	2.25	.07
	9º ano	9	3.30	.68			9	2.79	.72		
	12º ano	19	3.34	.44			19	3.21	.49		
	Licenciatura	21	3.63	.66			21	3.44	.47		
	Mestrado	12	3.38	.84	12	3.35	.70				

### Causa do Desfiguramento e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis	Causa do	1ª Avaliação			Anova		2ª Avaliação			Anova	
		N	M	DP	F	p	N	M	DP	F	p
Aparência	Desfiguramento										
Autoconsciência	Acidente	8	2.20	.59	2.02	.12	8	3.98	1.92	.50	.68
	Agressão	12	1.77	.53			12	3.50	1.08		
	Cancro	37	2.10	.42			37	3.85	1.22		
	Queimadura	10	1.87	.58			10	4.20	1.64		
Saliênica Auto-Avaliativa	Acidente	8	3.28	.59	.31	.81	8	3.16	.66	1.22	.31
	Agressão	12	3.15	.48			12	2.66	.81		
	Cancro	37	3.24	.63			37	3.10	.64		
	Queimadura	10	3.06	.47			10	3.03	.95		
Saliência Motivacional	Acidente	8	3.31	.56	.31	.81	8	3.39	.41	1.69	.17
	Agressão	12	3.42	.73			12	2.90	.63		
	Cancro	37	3.43	.69			37	3.24	.60		
	Queimadura	10	3.22	.43			10	3.38	.52		

### Preocupações com Aparência e Investimento Esquemático e Autoconsciência da Aparência

Variáveis	Preocupação com	1ª Avaliação			Anova		2ª Avaliação			Anova	
		N	M	DP	F	p	N	M	DP	F	p
Aparência	Aparência										
Autoconsciência	Um pouco	18	1.88	.47	1.27	.28	18	3.84	1.67	.23	.87
	Indiferente	11	1.90	.47			11	3.58	1.42		
	Muito	30	2.15	.50			30	3.91	1.07		
	Demasiado	8	2.02	.55			8	4.07	1.54		
Saliênica Auto-Avaliativa	Um pouco	18	3.10	.46	1.03	.38	18	2.87	.71	.33	.80
	Indiferente	11	3.01	.77			11	3.06	1.07		
	Muito	30	3.30	.54			30	3.09	.65		
	Demasiado	8	3.32	.65			8	3.02	.52		
Saliência Motivacional	Um pouco	18	3.22	.45	1.92	.13	18	3.32	.63	1.17	.32
	Indiferente	11	3.11	.92			11	2.97	.70		
	Muito	30	3.52	.60			30	3.29	.55		
	Demasiado	8	3.62	.61			8	3.06	.35		

## Regressão Linear Múltipla

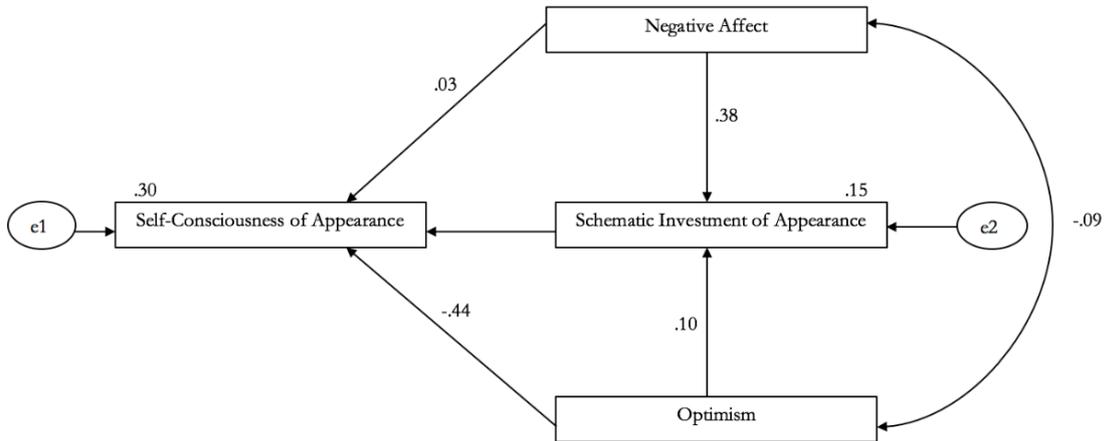
Dependent and predictor variable	1ª Avaliação						2ª Avaliação						
	B	$\beta$	t	p	F(df)	R2	B	$\beta$	t	p	F(df)	R2	
Self-Consciousness of Appearance	Neuroticism	,06	,08	,59	,559	2.73(10,66)	.21	1,08	,49	3,92	,000	5.34(10,66)	.40
	Extraversion	-,08	-,07	-,56	,581			-,61	-,27	-,84	,407		
	Openness	-,14	-,13	-,68	,499			-,25	-,08	-,67	,503		
	Agreeableness	-,35	-,37	-2,12	,038			-,11	-,04	-,28	,777		
	Conscientiousness	,17	,15	,86	,394			-,04	-,02	-,15	,885		
	Optimism	-,30	-,45	-2,62	,011			,13	,08	,70	,489		
	Positive Affect	-,01	-,02	-,13	,899			,18	,08	,73	,470		
	Negative Affect	,04	,06	,44	,659			,59	,35	2,50	,015		
	Self-Concept	-,04	-,16	-1,02	,310			-,09	-,14	-,99	,329		
	Social Support Satisfaction	,04	,19	1,26	,214			,02	,04	,11	,912		
Self-Evaluative Salience	Neuroticism	-,03	-,04	-,24	,81	2.21(10,66)	.16	,44	,363	2,76	,01	4.39(10,66)	.34
	Extraversion	-,33	-,26	-1,91	,06			,20	,168	,49	,63		
	Openness	-,17	-,14	-,70	,50			,13	,078	,64	,53		
	Agreeableness	-,30	-,27	-1,54	,13			,11	,064	,48	,64		
	Conscientiousness	,33	,26	1,37	,18			-,06	-,042	-,38	,70		
	Optimism	-,10	-,12	-,70	,49			,04	,048	,39	,70		
	Positive Affect	,15	,16	1,20	,24			-,02	-,02	-,15	,88		
	Negative Affect	,23	,32	2,32	,02			,10	,11	,73	,47		
	Self-Concept	-,02	-,07	-,43	,67			-,03	-,09	-,57	,57		
	Social Support Satisfaction	,01	,05	,34	,73			,02	,06	,17	,86		
Motivational Salience	Neuroticism	,05	,14	,39	,70	1.74(10,66)	.10	,15	,15	,94	,35	1.06(10,66)	.01
	Extraversion	,23	,20	1,14	,26			,27	,27	,65	,52		
	Openness	-,30	,27	-1,10	,27			,18	,13	,85	,40		
	Agreeableness	-,13	,23	-,57	,57			,26	,20	1,20	,24		
	Conscientiousness	,072	,27	,27	,79			-,19	-,17	-1,28	,20		
	Optimism	,07	,16	,41	,68			-,02	-,03	-,22	,83		
	Positive Affect	,36	,14	2,51	,02			,05	,05	,37	,71		
	Negative Affect	,11	,11	1,01	,31			-,08	-,10	-,58	,57		
	Self-Concept	,00	,05	,09	,93			,02	,08	,43	,67		
	Social Support Satisfaction	,05	,05	,97	,34			-,07	-,26	-,62	,54		

## Correlação Bivariada

	Primeira Avaliação															M(SD)	
	1.Idade	2.CD	3.N	4.E	5.AE	6.A	7.C	8.OT	9.AP	10.AN	11.AC	12.SSS	13.AC A	14.SA	15.SM		
Segunda Avaliação	1.Idad	-	-.08	.17	-.03	.12	.07	.70	.01	<b>-.28*</b>	.04	-.14	.03	.022	-.08	-.12	42.40 (10.83)
	2.CD	-.08	-	<b>-.36**</b>	.17	.15	-.09	.01	.09	.20	.02	.19	.02	-.23	.10	-.10	2.73(.86)
	3.N	<b>.43***</b>	-.01	-	-.17	.07	<b>.26*</b>	-.02	<b>-.28*</b>	-.16	.37	-.13	<b>.52***</b>	<b>.26*</b>	.09	.05	3.38(.72)
	4.E	-.19	.03	<b>.36***</b>	-	<b>.46***</b>	<b>.381**</b>	<b>.48***</b>	-.24	.18	-.18	-.09	-.02	-.11	-.30	.05	3.69(.46)
	5.AE	.01	.05	.22	.03	-	<b>.641**</b> *	<b>.75***</b>	<b>-.56**</b>	.05	.02	-.33	<b>.34**</b>	.09	-.13	-.15	3.48(.53)
	6.A	<b>-.32**</b>	.12	<b>.38**</b>	.22	<b>.49***</b>	-	.59***	-	.08	.03	<b>-.42***</b>	<b>.42***</b>	.05	-.17	-.09	3.90(.45)
	7.C	-.08	.03	-.15	-.07	-.07	-.20	-	<b>.60***</b>	.14	-.08	<b>-.32**</b>	.15	.07	-.06	-.08	3.20(.75)
	8.OT	-.06	.12	.16	.02	-.11	.18	<b>-.36**</b>	-	.09	-.09	<b>.62***</b>	<b>-.43***</b>	<b>-.41***</b>	.00	.15	3.14(.62)
	9.AP	.11	.15	-.24	-.07	-.01	.16	.02	.05	-	.19	<b>.26*</b>	-.09	-.14	.15	<b>.37**</b>	2.19(.82)
	10.AN	-.07	-.09	<b>.44***</b>	<b>.27*</b>	<b>.33***</b>	<b>.31*</b>	-.03	-.22	-.05	-	-.08	<b>.40**</b>	.20	<b>.39**</b>	<b>.25*</b>	12.6(2.1 7)
	11.AC	.05	.17	<b>-.37**</b>	-.24	<b>-.34**</b>	-.21	.06	<b>.31**</b>	<b>.29**</b>	-	-	<b>-.29*</b>	<b>-.35**</b>	-.04	.17	11.5(2.2 8)
	12.SSS	-.18	.04	<b>.32*</b>	<b>.95***</b>	.04	<b>.26*</b>	.06	.00	-.01	<b>.26*</b>	-.27	-	<b>.33**</b>	.10	.06	2.02(.50)
	13.AC A	-.19	.03	<b>.57**</b>	.05	.16	.23	-.11	.04	-.08	<b>.53***</b>	-.41	.05	-	<b>.45***</b>	.08	3.21(.58)
	14.SA	<b>-.27*</b>	-.05	<b>.58***</b>	<b>.43***</b>	<b>.26*</b>	<b>.36**</b>	-.16	.08	-.13	<b>.41*</b>	<b>-.38**</b>	<b>.41**</b>	<b>.65***</b>	-	<b>.55***</b>	3.38(.64)
	15.SM	-.20	-.05	.21	.09	.21	<b>.30**</b>	-.23	.13	.05	.03	.01	.06	<b>.32**</b>	<b>.56***</b>	-	
M (SD)	42.40(10.8 3)	1.45(.5 0)	3.24(.6 1)	3.04(.6 0)	3.05(.4 3)	3.21(.4 5)	2.99(.5 2)	3.31(.8 3)	3.20(.5 9)	2.39(.7 9)	14.22(2.1 4)	11.85(2.3 1)	3.85(1.3 4)	3.02(.7 3)	3.22(.5 9)		

Nota: CD-Causa do Desfiguramento; N-Neuroticismo; E-Extroversão; AE-Abertura à Experiência; A-Amabilidade; C-Conscienciosidade; OT-Otimismo; AP-Afetos Positivos; AN-Afetos Negativos; AC-Autoconceito; SSS-Satisfação Suporte Social; ACA-Autoconsciência da aparência; SA-Saliência Autoavaliativa; SM-Saliência Motivacional.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .



Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
ASIR_R_TOTAL1	<---	Afetos_Negativos1	,248	,074	3,349	***	par_1
ASIR_R_TOTAL1	<---	Otimismo1	,075	,082	,919	,358	par_3
Autoconsciência_Aparência1	<---	Afetos_Negativos1	,020	,068	,297	,767	par_2
Autoconsciência_Aparência1	<---	ASIR_R_TOTAL1	,329	,105	3,141	,002	par_5
Autoconsciência_Aparência1	<---	Otimismo1	-,293	,070	-4,197	***	par_6

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
ASIR_R_TOTAL1	<---	Afetos_Negativos1	,382
ASIR_R_TOTAL1	<---	Otimismo1	,105
Autoconsciência_Aparência1	<---	Afetos_Negativos1	,033
Autoconsciência_Aparência1	<---	ASIR_R_TOTAL1	,350
Autoconsciência_Aparência1	<---	Otimismo1	-,436

## Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Afetos_Negativos1	,670	,117	5,745	***	par_11
Otimismo1	,551	,096	5,745	***	par_12
e2	,240	,042	5,745	***	par_13
e1	,174	,030	5,745	***	par_14

## Total Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo1	Afetos_Negativos1	ASIR_R_TOTAL1
ASIR_R_TOTAL1	,075	,248	,000
Autoconsciência_Aparência1	-,269	,102	,329

## Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo1	Afetos_Negativos1	ASIR_R_TOTAL1
ASIR_R_TOTAL1	,105	,382	,000
Autoconsciência_Aparência1	-,399	,167	,350

## Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo1	Afetos_Negativos1	ASIR_R_TOTAL1
ASIR_R_TOTAL1	,075	,248	,000
Autoconsciência_Aparência1	-,293	<u>,020</u>	,329

## Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

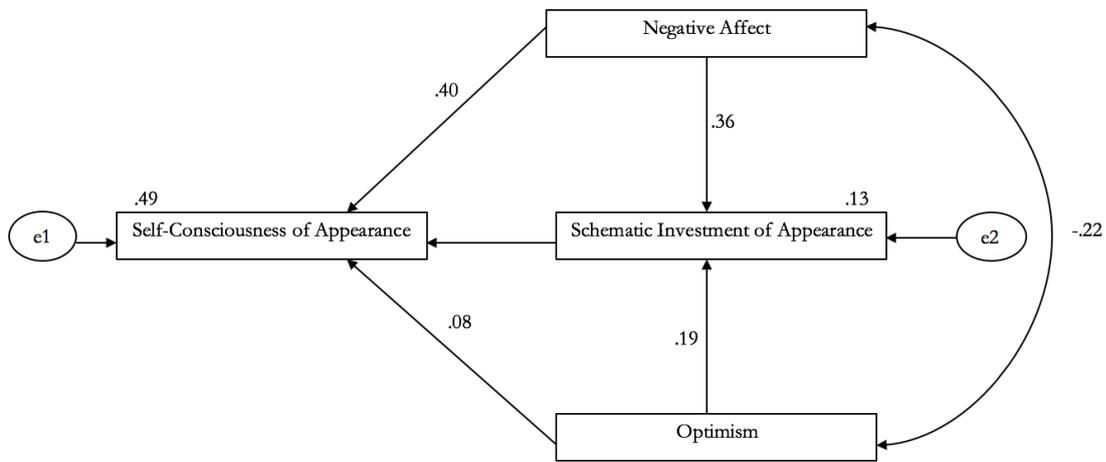
	Otimismo1	Afetos_Negativos1	ASIR_R_TOTAL1
ASIR_R_TOTAL1	,105	,382	,000
Autoconsciência_Aparência1	-,436	,033	,350

## Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo1	Afetos_Negativos1	ASIR_R_TOTAL1
ASIR_R_TOTAL1	,000	,000	,000
Autoconsciência_Aparência1	,025	,082	,000

## Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo1	Afetos_Negativos1	ASIR_R_TOTAL1
ASIR_R_TOTAL1	,000	,000	,000
Autoconsciência_Aparência1	,037	,134	,000



Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
ASIR_R_TOTAL2	<---	Afetos_Negativos2	,272	,089	3,046	,002	par_1
ASIR_R_TOTAL2	<---	Otimismo2	,134	,085	1,579	,114	par_3
Autoconsciência_Aparência2	<---	Afetos_Negativos2	,339	,081	4,173	***	par_2
Autoconsciência_Aparência2	<---	ASIR_R_TOTAL2	,520	,105	4,953	***	par_5
Autoconsciência_Aparência2	<---	Otimismo2	,068	,074	,925	,355	par_6

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
ASIR_R_TOTAL2	<---	Afetos_Negativos2	,358
ASIR_R_TOTAL2	<---	Otimismo2	,186
Autoconsciência_Aparência2	<---	Afetos_Negativos2	,400
Autoconsciência_Aparência2	<---	ASIR_R_TOTAL2	,465
Autoconsciência_Aparência2	<---	Otimismo2	,085

## Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Afetos_Negativos2	,620	,108	5,745	***	par_11
Otimismo2	,683	,119	5,745	***	par_12
e2	,311	,054	5,745	***	par_13
e1	,226	,039	5,745	***	par_14

## Total Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo2	Afetos_Negativos2	ASIR_R_TOTAL2
ASIR_R_TOTAL2	,134	,272	,000
Autoconsciência_Aparência2	,138	,481	,520

## Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo2	Afetos_Negativos2	ASIR_R_TOTAL2
ASIR_R_TOTAL2	,186	,358	,000
Autoconsciência_Aparência2	,171	,567	,465

## Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo2	Afetos_Negativos2	ASIR_R_TOTAL2
ASIR_R_TOTAL2	,134	,272	,000
Autoconsciência_Aparência2	,068	,339	,520

## Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo2	Afetos_Negativos2	ASIR_R_TOTAL2
ASIR_R_TOTAL2	,186	,358	,000
Autoconsciência_Aparência2	,085	,400	,465

## Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo2	Afetos_Negativos2	ASIR_R_TOTAL2
ASIR_R_TOTAL2	<u>,000</u>	,000	,000
Autoconsciência_Aparência2	,070	,141	,000

## Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	Otimismo2	Afetos_Negativos2	ASIR_R_TOTAL2
ASIR_R_TOTAL2	<u>,000</u>	,000	,000
Autoconsciência_Aparência2	,086	,167	,000

**Análise AMOS da Derriford Appearance Scale - short**

**Modelo 1**

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
Item1	1,000	4,000	,422	3,880	,634	2,916
Item2	1,000	4,000	,940	8,654	-,087	-,400
Item3	,000	4,000	,704	6,477	,499	2,294
Item4	1,000	4,000	,959	8,827	-,067	-,310
Item5	,000	4,000	,562	5,172	,216	,996
Item6	,000	4,000	,430	3,957	-,631	-2,902
Item7	,000	4,000	,842	7,748	,691	3,180
Item8	1,000	4,000	1,195	10,991	1,237	5,690
Item9	,000	4,000	,421	3,878	-,346	-1,594
Item10	1,000	4,000	,646	5,947	-,324	-1,493
Item11	1,000	4,000	,897	8,250	,455	2,092
Item12	,000	4,000	,950	8,739	,531	2,444
Item13	,000	4,000	1,117	10,277	2,139	9,842
Item14	1,000	4,000	2,154	19,821	4,305	19,806
Item15	,000	4,000	1,435	13,202	3,833	17,635
Item16	,000	4,000	,771	7,092	,240	1,103
Item17	1,000	4,000	1,190	10,953	1,091	5,020
Item18	,000	4,000	,180	1,654	-,960	-4,419
Item19	,000	4,000	,734	6,757	,806	3,710
Item20	1,000	4,000	,649	5,970	-,664	-3,056
Item21	,000	4,000	1,296	11,929	2,567	11,808
Item22	1,000	4,000	2,481	22,828	6,330	29,124
Item23	,000	4,000	,359	3,304	-,426	-1,960
Item24	,000	4,000	1,410	12,971	2,836	13,050
Multivariate					196,966	62,833

**Model Fit Summary**

**CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	48	1177,130	252	,000	4,671
Saturated model	300	,000	0		
Independence model	24	4729,991	276	,000	17,138

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,050	,804	,767	,675
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,262	,298	,237	,274

**Baseline Comparisons**

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,751	,727	,793	,773	,792
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,913	,686	,723
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	925,130	822,197	1035,581
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	4453,991	4234,609	4680,639

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	2,322	1,825	1,622	2,043
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	9,329	8,785	8,352	9,232

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,085	,080	,090	,000
Independence model	,178	,174	,183	,000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	1273,130	1278,109	1476,193	1524,193
Saturated model	600,000	631,120	1869,144	2169,144
Independence model	4777,991	4780,480	4879,522	4903,522

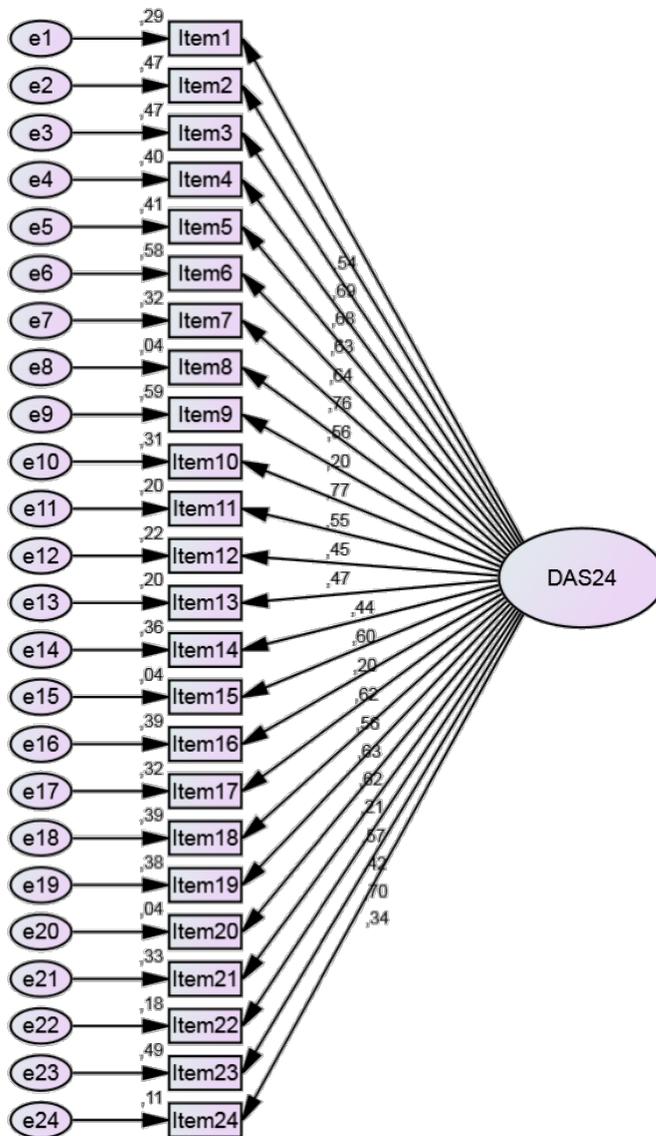
**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2,511	2,308	2,729	2,521
Saturated model	1,183	1,183	1,183	1,245
Independence model	9,424	8,991	9,871	9,429

**HOELTER**

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	125	133
Independence model	34	36

Minimization: ,031  
 Miscellaneous: ,780  
 Bootstrap: ,000  
 Total: ,811



**Modelo 2 (ajustado)**

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
Item1	1,000	4,000	,422	3,880	,634	2,916
Item2	1,000	4,000	,940	8,654	-,087	-,400
Item3	,000	4,000	,704	6,477	,499	2,294
Item4	1,000	4,000	,959	8,827	-,067	-,310
Item5	,000	4,000	,562	5,172	,216	,996
Item6	,000	4,000	,430	3,957	-,631	-2,902
Item7	,000	4,000	,842	7,748	,691	3,180
Item8	1,000	4,000	1,195	10,991	1,237	5,690
Item9	,000	4,000	,421	3,878	-,346	-1,594
Item10	1,000	4,000	,646	5,947	-,324	-1,493
Item11	1,000	4,000	,897	8,250	,455	2,092
Item12	,000	4,000	,950	8,739	,531	2,444
Item13	,000	4,000	1,117	10,277	2,139	9,842
Item14	1,000	4,000	2,154	19,821	4,305	19,806
Item15	,000	4,000	1,435	13,202	3,833	17,635
Item16	,000	4,000	,771	7,092	,240	1,103
Item17	1,000	4,000	1,190	10,953	1,091	5,020
Item18	,000	4,000	,180	1,654	-,960	-4,419
Item19	,000	4,000	,734	6,757	,806	3,710
Item20	1,000	4,000	,649	5,970	-,664	-3,056
Item21	,000	4,000	1,296	11,929	2,567	11,808
Item22	1,000	4,000	2,481	22,828	6,330	29,124
Item23	,000	4,000	,359	3,304	-,426	-1,960
Item24	,000	4,000	1,410	12,971	2,836	13,050
Multivariate					196,966	62,833

**Model Fit Summary****CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	72	562,494	228	,000	2,467
Saturated model	300	,000	0		
Independence model	24	4729,991	276	,000	17,138

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,038	,912	,884	,693
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,262	,298	,237	,274

**Baseline Comparisons**

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,881	,856	,926	,909	,925
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,826	,728	,764
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	334,494	268,631	408,044
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	4453,991	4234,609	4680,639

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1,109	,660	,530	,805
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	9,329	8,785	8,352	9,232

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,054	,048	,059	,130
Independence model	,178	,174	,183	,000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	706,494	713,962	1011,088	1083,088
Saturated model	600,000	631,120	1869,144	2169,144
Independence model	4777,991	4780,480	4879,522	4903,522

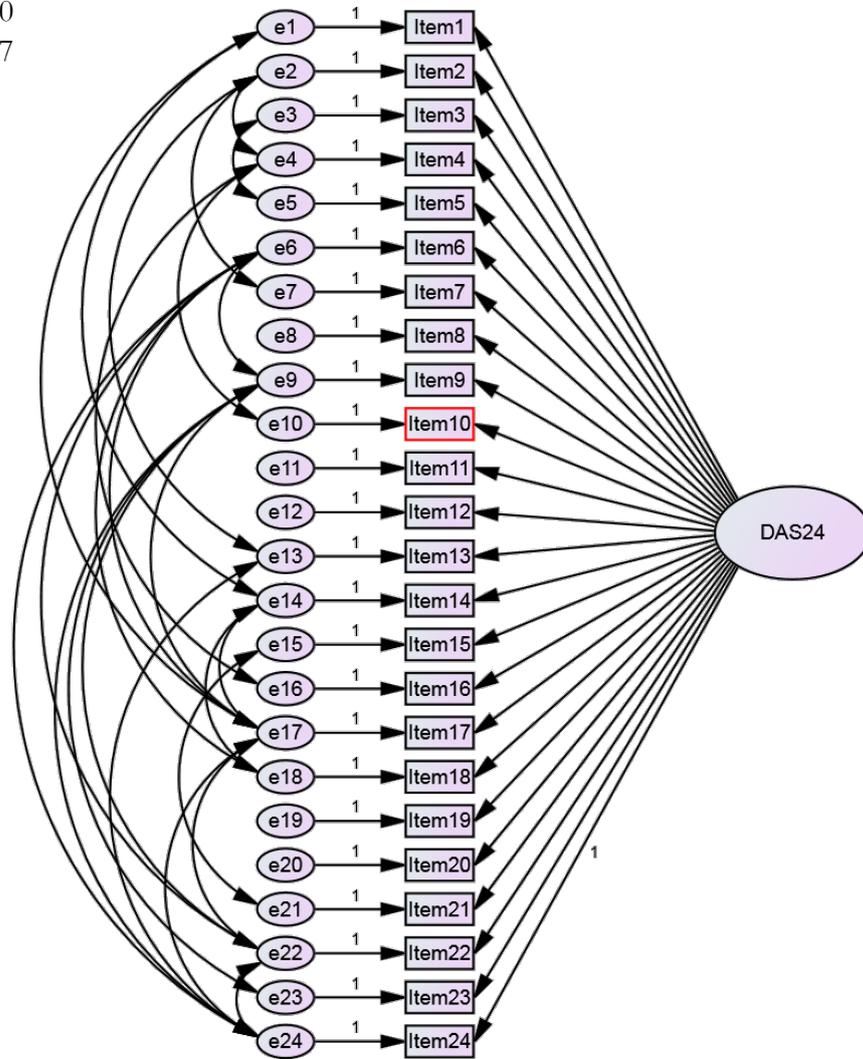
**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	1,393	1,264	1,539	1,408
Saturated model	1,183	1,183	1,183	1,245
Independence model	9,424	8,991	9,871	9,429

**HOELTER**

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	239	253
Independence model	34	36

Minimization: ,016  
 Miscellaneous: 1,101  
 Bootstrap: ,000  
 Total: 1,117



**Anexo N - Outputs de Estatística (em CD)**