

**HELENA MARIA MATEUS CUSTÓDIO
FIGUEIRAS**

**A Internalização do Estigma do Peso numa
população adolescente: o papel da Fusão
Cognitiva e da Clareza do Self**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

2023

**A Internalização do Estigma do Peso numa população
adolescente: o papel da Fusão Cognitiva e da Clareza do Self**

Helena Maria Mateus Custódio Figueiras

Dissertação

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor Jean-Christophe Giger

2023

Helena Maria Mateus Custódio Figueiras

Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor Jean-Christophe Giger

2023

A Internalização do Estigma do Peso numa população adolescente: o papel da Fusão Cognitiva e da Clareza do Self

“Declaração de autoria de trabalho”

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

Assinatura

(Helena Maria Mateus Custódio Figueiras)

Copyright© Helena Maria Mateus Custódio Figueiras

“A Universidade do Algarve tem o direito perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

Aos meus filhos, aos meus pais,
e ao poder mágico das palavras...

*Until you make the unconscious conscious,
it will direct your life and you will call it fate.*

Carl Jung

Agradecimentos

Quando regresssei à Universidade do Algarve, quase 30 anos depois de lá ter passado pela Biologia Marinha, a braços com uma vida dedicada ao jornalismo, o tempo ganhou uma nova dimensão. E no meio de tantos estudantes, procurei-os, os meus, os que tinham sido meus colegas, como se o regresso fosse também ao passado. De vez em quando lá me impedia de chamar alguns porque, de costas, pareciam eles, acabados de sair do secundário, como eu...

Mas o percurso haveria de ser feito com outros passos, outras pessoas, e mais sabor por ter sido uma escolha improvável e arrebatadora!

Estudar psicologia permitiu-me conhecer alguém que sempre andou comigo, procurando atenção e colo, querendo explicar-se, obter respostas. Dei-me uma oportunidade e desde então trabalho comigo uma relação imparável. Descobrir-me tem sido um caminho duro, mas como não o fazer?

Agradeço aos colegas de licenciatura e mestrado por me deixarem ter tido a idade deles, aos professores que me incentivaram e ajudaram a entrar no admirável mundo da mente. Foi tudo um instante.

Obrigada ao meu orientador, o professor Jean-Christophe Giger, pela eficácia do apoio, pelo entusiasmo com o tema, e particularmente pelo entusiasmo com os resultados obtidos, acabou por ser contagiante!

Este projeto foi uma descoberta guiada que me ensinou e motivou a querer mais investigação, mais conhecimento!

Obrigada aos meus pais que se orgulharam com a minha investida e valorizaram o esforço de estudar e trabalhar ao mesmo tempo.

Obrigada aos meus filhos Mariana, Joana e Diogo por me desafiarem e me permitirem amar tanto, todos os dias!

Obrigada ao António, por todos os pormenores que fizeram a diferença!

Obrigada às minhas amigas do coração Lena, Céu e São por reciclarem os meus medos e as minhas frustrações, e me devolverem tudo em esperança, gargalhadas... e uma vontade enorme de estar sempre a fazer as malas para viajarmos juntas!

Ao caminho...aos caminhos que me fazem feliz... vou percorrê-los todos...

Resumo

O estigma associado ao peso provoca nos indivíduos respostas de stress e sofrimento psicológico. As consequências são ainda mais graves quando experienciado durante a infância ou adolescência pelo que é crucial desenvolver recursos internos, protetores face a pressões sociais e familiares relacionadas com a imagem corporal.

Este estudo pretende investigar se a clareza do self (ter um sentido claro e coerente da sua própria identidade pessoal) é preditor da internalização do estigma associado ao peso e dos problemas gerais de saúde mental, e se o estigma associado ao peso e a fusão com o peso são mediadores da relação entre a clareza do self e os problemas gerais de saúde mental. Estudantes do ensino secundário ($N = 421$) responderam a medidas de autorrelato destes constructos. O modelo de mediação utilizado revelou algumas descobertas chave: a clareza do self e a fusão cognitiva com o peso são preditores diretos de problemas de saúde mental; o estigma e a fusão cognitiva medeiam a relação entre a clareza do self e os problemas de saúde mental.

Estes resultados sugerem que uma baixa clareza do self pode contribuir para problemas de saúde mental porque aumenta a vulnerabilidade dos jovens à interiorização do estigma do peso e à fusão cognitiva.

Palavras-chave: Estigma internalizado do peso, clareza do self, fusão cognitiva, saúde mental.

Abstract

The stigma associated with weight provokes stress responses and psychological distress in individuals. The consequences are even more serious when experienced during childhood or adolescence, so it is crucial to develop internal resources, protective against social and family pressures related to body image.

This study aims to investigate whether self-concept clarity (having a clear and coherent sense of one's own personal identity) is a predictor of the internalization of weight-related stigma and general mental health problems, and whether weight-associated stigma and cognitive fusion with weight mediate the relationship between self-concept clarity and general mental health problems. Secondary school students ($N = 421$) completed self-report measures of these constructs. The mediation model revealed several key findings: self-concept clarity and weight-associated stigma are direct predictors of mental health problems; stigma and cognitive fusion mediate the relationship between self-concept clarity and mental health problems.

These findings suggest that low self-concept clarity might contribute to mental health problems because it increases young people's vulnerability to internalization of weight stigma and cognitive fusion.

Keywords: Internalized weight stigma, self-concept clarity, cognitive fusion, mental health.

Índice

1.	Introdução	13
2.	Enquadramento Teórico	14
2.1	Estigma do Peso e Saúde Mental	14
2.2	Clareza do Self	16
2.2.1	Clareza do Self, internalização do estigma associado ao peso e saúde mental	17
2.3	Rigidez psicológica: o caso da Fusão Cognitiva	19
2.3.1	Fusão Cognitiva com o peso e saúde mental	19
3.	Objetivos e Hipóteses.....	21
4.	Método	22
4.1	Desenho do estudo	22
4.2	Caraterização da amostra	22
4.3	Instrumentos	24
4.3.1	Questionário Sociodemográfico	24
4.3.2	Índice de Massa Corporal (IMC)	24
4.3.3	Questionário Geral de Saúde- GHQ-28, (Goldberg & Hillier, 1979; Ribeiro & Antunes, 2003)	24
4.3.4	Escala de Self-Clareza, (Campbell et al., 1996; Figueiredo et al., 2010) ...	25
4.3.5	Questionário de Fusão Cognitiva– Doenças Crónicas (CFQ-CI; Trindade et al., 2018).....	25
4.3.6	Questionário de Estigma Internalizado em relação ao peso- WSSQ, (Lillis et al., 2010; Palmeira et al., 2016).....	26
4.3.7	Análise de dados	26
5.	Resultados	27
5.1	Análise descritiva das variáveis em estudo	27
5.2	Análise de médias em função do IMC e do género.....	29
5.3	Análise correlacional das variáveis em estudo.....	31
5.4	Análise de mediação.....	35

5.4.1	Análise de mediação com o estigma internalizado do peso	35
5.4.2	Análise de mediação com o estigma percebido do peso	39
6.	Discussão.....	42
7.	Conclusão.....	44
8.	Implicações práticas deste estudo	45
9.	Referências bibliográficas	47
10.	Anexo de tabelas	58
11.	Anexo de questionários	61

Lista de Abreviaturas

CS: Clareza do Self

EI: Estigma Internalizado do Peso ou Autoestigma

EP: Estigma Percebido do Peso

FC: Fusão Cognitiva com o Peso

GHQ: Problemas Gerais de Saúde Mental

GHQ-DS: Dimensão Disfunção Social dos Problemas Gerais de Saúde Mental

GHQ-DG: Dimensão Depressão Grave dos Problemas Gerais de Saúde Mental

GHQ-AI: Dimensão Ansiedade e Insónia dos Problemas Gerais de Saúde Mental

GHQ-SS: Dimensão Sintomas Somáticos dos Problemas Gerais de Saúde Mental

IMC: Índice de Massa Corporal

1. Introdução

A pesquisa para entender a leitura que cada indivíduo faz do seu próprio corpo é comum entre quem estuda a imagem corporal, um conceito psicológico relativo às experiências, percepções e atitudes de uma pessoa para com o seu corpo e aparência (Cash, 2002).

Crenças disfuncionais e sentimentos negativos face ao peso são considerados fatores de risco importantes para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Lawler & Nixon, 2011; Rosen, 1997; Stice, & Whitenton, 2002), e para o desajuste psicológico em ambos os géneros, ou seja, uma incapacidade de reagir com sucesso, e de forma satisfatória, às exigências ambientais (Ganem & Morera, 2009).

Vários autores defendem que é fundamental identificar a influência dos media, família e amigos na avaliação que cada um faz do seu corpo para compreender a relevância desses contextos na internalização de padrões de beleza e, assim, conseguir encontrar estratégias de intervenção (Thompson et al., 1999; Berg et al., 2002). De acordo com Caqueo-Urizar et al. (2011) e Harrison (2001), o ser humano tende a aprender sobre si próprio por comparação com os outros, e dessa forma, os ideais de um corpo magro podem levar a sofrimento psicológico e ansiedade, principalmente para aqueles que têm maior peso. De uma perspetiva social, é reconhecido que um peso mais elevado corresponde a uma categoria estigmatizada (Andreyeva et al., 2008; Brewis et al., 2011) com repercussões graves ao nível da saúde mental nos que internalizam esse estigma.

No presente estudo são tidas em conta duas variáveis que têm merecido uma atenção crescente da parte dos investigadores, e podem influenciar a forma como os jovens respondem à ameaça do estigma do peso: a clareza do self e a fusão cognitiva. Concretamente, é explorada a associação entre a clareza do self associada ao peso, o estigma internalizado do peso e a fusão cognitiva com o peso. Pretende-se determinar como podem estes fatores, por sua vez, predizer problemas gerais de saúde mental num universo de alunos do ensino secundário. Foi testado um modelo (Fig.1) onde o estigma do peso e a fusão cognitiva são colocados no papel de mediadores da relação entre a clareza do self e os problemas gerais de saúde mental.

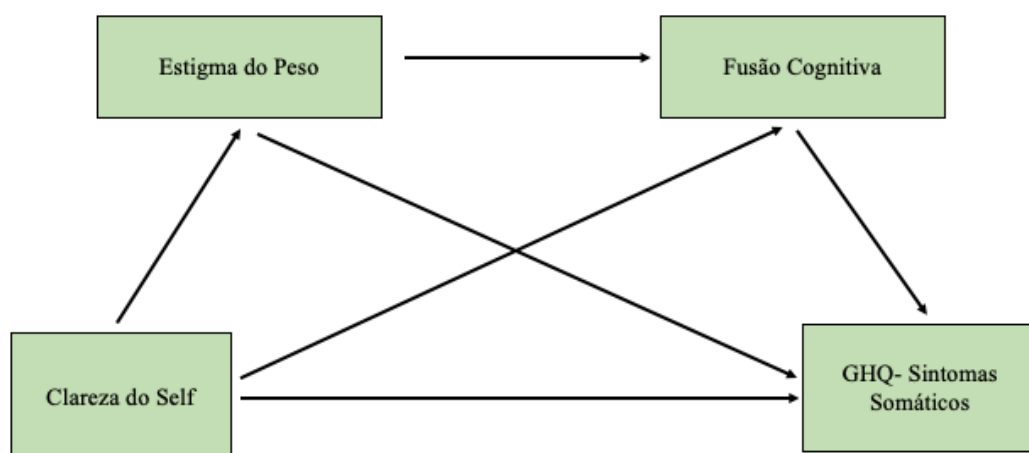


Figura 1. Modelo conceitual utilizado

O estudo encontra-se organizado em diferentes secções. Na primeira é apresentado um enquadramento teórico através de uma revisão narrativa da literatura sobre as variáveis em estudo. Seguem-se, de acordo com o modelo conceitual escolhido, a definição de objetivos e a colocação de hipóteses, e uma descrição da metodologia onde é explicado o processo de recolha da amostra, os instrumentos e a análise estatística utilizados. Por fim, nos resultados, discussão e conclusão são descritos os resultados obtidos e apresentada uma reflexão sobre os mesmos. Para além disso são descritas as limitações do estudo e as suas implicações futuras.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Estigma do Peso e Saúde Mental

A literatura sobre o estigma do peso considera o conceito multidimensional distinguindo uma dimensão externa, o estigma experienciado, e outra interna, referente ao estigma percebido, (Lillis et al., 2010). A primeira situação reflete a experiência de ser discriminado em situações sociais como relacionamentos ou emprego (Link & Phelan, 2001). Relaciona-se com a autoperceção de pertencer a um grupo estigmatizado (Lillis, et al., 2010; Link, & Phelan, 2001). No entanto, quando a resposta aos estereótipos e

consequentes preconceitos, passa por internalizar as mensagens de estigmatização negativa do peso, estamos perante uma situação de ameaça à sua própria identidade (Durso & Latner, 2008; Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2010). Desta forma, o estigma internalizado, ou autoestigma, envolve pensamentos e emoções sobre o excesso de peso (Lillis et al., 2010; Link, & Pehlan, 2001) refletindo experiências pessoais de vergonha, autoavaliações negativas, bem como discriminação percebida (Lillis et al., 2010). O estigma internalizado do peso é assim o fenómeno através do qual uma pessoa com peso mais elevado se autodesvaloriza por causa disso. Para tal acontecer, quatro processos distintos têm de ocorrer (Corrigan & Watson, 2002). Em primeiro lugar, o indivíduo tem de estar ciente dos estereótipos sociais negativos e julgamentos relativos a indivíduos com peso mais elevado- por exemplo, que são ambiciosos e preguiçosos. Depois, tem de aceitar a validade destes julgamentos negativos. Em terceiro lugar, tem de se identificar como membro do grupo estigmatizado e aplicar esses atributos negativos a si próprio. Finalmente, como resultado, deve experienciar decréscimos na autoestima, (Meadows & Higgs, 2020).

Num quadro teórico, Tylka et al. (2014) também descobriram que o estigma do peso conduz ao estigma do peso internalizado moldando ainda mais a vergonha que possa existir do corpo, e finalmente, essa vergonha do corpo deteriora o bem-estar psicológico. A estigmatização relacionada ao peso tem sido considerada um grande obstáculo à eficácia das intervenções de perda de peso. Está relacionada a padrões de evitamento experiencial, diminuição da adesão ao tratamento e evitamento do recurso a ajuda médica podendo inclusive levar a um aumento de peso, (Lillis et al., 2010; Puhl, & Heuer, 2009; Nolan, & Eshleman, 2016).

Apesar de ser uma área de preocupação em qualquer idade, o estigma do peso pode ser particularmente prejudicial quando experienciado durante a infância ou adolescência, uma altura em que os relacionamentos sociais são forjados e a rejeição dos pares profundamente sentida. Assim, além das consequências médicas negativas associadas à obesidade, entre os jovens o estigma internalizado pode resultar ainda numa resposta crónica de stress, (MacLean et al., 2009) e desempenhar um papel significativo no desenvolvimento de comportamentos que podem afetar a saúde de forma adversa, (Puhl et al., 2007). Desta forma, elevados níveis de estigma internalizado do peso têm sido associados a estados mais pobres de saúde e bem-estar, (Hilbert, et al., 2014; Latner et al., 2014), e a uma série de estratégias de *coping* desadaptativos. Quando existe

autodesvalorização devido ao peso, é muito provável que a mesma se reflita nas medidas de autoestima e imagem corporal (Meadows & Higgs, 2020).

O estigma do peso tanto pode ser sutil como manifestado abertamente (Major & O'Brien, 2005; Puhl & Latner, 2007). Os jovens experimentam-no por meio de provocações verbais, *bullying* físico e cibernético, e exclusão social. No entanto, a mera percepção do *self* como pertencendo a uma categoria estigmatizada já é, só por si, uma fonte de stress que pode conduzir a dificuldades de autoaceitação, alienação e desintegração com a comunidade e redução do bem-estar psicológico (Puhl & Huer, 2009, 2010). Os efeitos negativos dessas autopercepções e autoconsciência são exacerbados pelos média nos quais a obesidade é frequentemente retratada como uma epidemia autorregulada, isto é, aos indivíduos com maior peso é atribuída a culpa pelo seu estado (De Brún et al., 2015; Sun et al., 2020; Yi et al., 2012). Estudos anteriores (Kakeshita, & Almeida, 2006; Laus et al., 2009; Legnani et al., 2012; Miranda et al., 2012) têm referido que os indivíduos classificados em sobrepeso/obesidade, e as mulheres, são mais vulneráveis às pressões sociais e culturais voltadas para os padrões estéticos, ou seja, são grupos que necessitam de maior atenção. Faz por isso sentido mencionar a relevância que características demográficas e antropométricas podem exercer nesses contextos, o caso do índice de massa corporal e do sexo.

Sendo a insatisfação com a aparência geral do corpo considerada uma condição de risco para o desenvolvimento de várias perturbações, (Laporta-Herrero et al., 2018; Berg et al., 2002) e sabendo-se que o estigma do peso contribui para essa relação insatisfatória, é fundamental identificar e compreender os fatores associados ao funcionamento emocional e físico dos indivíduos para desenvolver intervenções eficazes e estratégias preventivas, ainda mais em relação aos jovens dado que, entre estes, os problemas de saúde mental estão a atingir proporções epidémicas, (Bodenlos et al., 2020). Pelo mundo, os dados sugerem que um terço dos estudantes universitários reportam a história de uma ou mais perturbações psicológicas (Auerbach *et al.* 2018).

2.2 Clareza do Self

Tendo em conta que o enfrentamento bem-sucedido de eventos stressantes na vida é crucial para a manutenção do bem-estar subjetivo, (Diener et al., 1999), têm sido vários os autores a defender que esse enfrentamento é facilitado não só por fatores

interpessoais ou recursos externos, o caso do suporte social (Sarason et al., 1994; Zhou et al., 2008), como por fatores intrapessoais ou recursos internos- referindo-se a características de personalidade e estados psicológicos (Watson et al., 1999). Um desses recursos intrapessoais é a clareza do self, ou clareza do autoconceito: “a medida em que o conteúdo do autoconceito de um indivíduo, por exemplo, atributos pessoais percebidos, é definido com clareza e confiança, internamente consistente e temporalmente estável” (Campbell et al., 1996).

2.2.1 Clareza do Self, internalização do estigma associado ao peso e saúde mental

Vejamos o caso da imagem que cada indivíduo tem do seu próprio corpo. De acordo com vários autores, (e.x., Cafri et al., 2005; Stice, 1994), modelos socioculturais sugerem que as internalizações dos padrões sociais de atratividade podem conduzir a uma insatisfação corporal. No entanto, apesar de a maioria das pessoas estar exposta às mesmas imagens dos media e às mesmas pressões sociais que promovem a aparência do ideal magro, nem todas internalizam essas pressões com a mesma intensidade, (Thompson & Stice, 2001). Assim sendo, porque internalizarão algumas pessoas esses padrões de atratividade e outras não? Para responder à questão, Vartanian et.al. (2014) também consideraram um conjunto de fatores, responsáveis por diferenças individuais, que podem ser de risco ou resiliência. A clareza do self é referida como um recurso protetor, de tampão contra o desenvolvimento de insatisfação com o corpo e perturbações alimentares. Vartanian (2016) reconhece igualmente que a clareza do self é um dos recursos intrapessoais que pode ser particularmente importante no contexto da insatisfação corporal e internalização do ideal magro, o que facilita a identificação com estereótipos negativos associados ao peso.

Também nesse sentido, na literatura sobre imagem corporal, alguns investigadores sugerem que a perturbação da identidade pode aumentar o risco de internalização dos padrões de atratividade da sociedade (Stice, 1994). Ou seja, os indivíduos que carecem de uma identidade pessoal clara podem recorrer a fontes externas como meio de se definirem. Consistente com isso, existem vários estudos correlacionais a demonstrar que a baixa clareza do autoconceito está associada a um maior grau de internalização do ideal de magreza e a uma maior insatisfação corporal entre mulheres jovens (Cahill & Mussap,

2007; Vartanian, 2009; Vartanian & Dey, 2013). Outros estudos demonstram ainda que a clareza do self se correlaciona positivamente com a autoestima (Bigler et al., 2001; Campbell et al., 1996; Campbell et al., 2003; Matto & Realo, 2001; Vartanian, 2009) e bem estar subjetivo (Campbell et al., 1996; De Cremer & Sedikides, 2005; Lavallee & Campbell, 1995; Slotter et al., 2010), e negativamente com o neuroticismo, ansiedade, depressão (Bigler et al., 2001; Campbell et al., 1996; Campbell et al., 2003; Matto & Realo, 2001; Vartanian, 2009), e tendências de comparação social relacionadas com a aparência, (Wong, et al., 2019). Por outro lado, várias pesquisas sobre a adolescência, documentam que uma maior clareza do autoconceito está relacionada com diferentes resultados positivos, como níveis mais baixos de ansiedade e depressão (Van Dijk et al., 2014), maior autoestima (Wu et al., 2010) e relacionamentos de melhor qualidade com colegas e pais (Becht et al., 2017). Outras pesquisas acrescentam que se trata de um conceito também presente na tradição psicanalítica. A coerência do self é referida como um recurso importante para a saúde mental (Kernberg, 2008)- um sentido frágil e instável do autoconceito é uma característica distintiva de uma perturbação de personalidade *borderline* (Wilkinson-Ryan, 2000). Schiller et al. (2016) referem que, das várias dimensões do *self*, a clareza do autoconceito é uma das que apresenta poder preditivo de distress psicopatológico, sendo que uma baixa clareza de autoconceito representa uma maior vulnerabilidade na capacidade de enfrentar as situações adversas na entrada da vida adulta. Para uma baixa clareza do self contribuem experiências adversas precoces, (Vartanian et al., 2016) que incluem abusos físicos, sexuais e emocionais, negligência e disfunção familiar ou doméstica, (Wong et al., 2019). Por seu lado, também o Modelo de Disrupção de Identidade de Insatisfação Corporal refere que experiências negativas no início da vida contribuem para um sentido interrompido de identidade pessoal, ou seja, baixa clareza de autoconceito. Tal condição leva os indivíduos a compararem a sua aparência com a dos outros, o que, por sua vez, resulta em maior insatisfação corporal (Vartanian et al., 2018; Vartanian & Hayward 2018).

Num estudo sobre a clareza do self e o ajuste psicológico na adolescência, Parise et al. (2019) relatam que os jovens emocionalmente mais competentes foram os que apresentaram menos risco de internalizar e externalizar problemas. Aqueles com maior clareza de autoconceito, sendo mais conscientes dos seus atributos e capacidades, podem ter mais opções de reação e, conseqüentemente, estar mais equipados para responder corretamente às exigências de situações desafiantes, tanto positivas quanto negativas. Além disso, um self claro, fornecendo um quadro de referência mais estável para interagir

com o ambiente externo, (Lewandowski et al., 2010), pode facilitar os processos de autorregulação e, por sua vez, um funcionamento psicológico mais otimizado. Ou seja, na transição crítica que é a adolescência, uma maior clareza do autoconceito desempenha um papel importante na orientação dos adolescentes para resultados de desenvolvimento positivos (Parise et al., 2019).

2.3 Rigidez psicológica: o caso da Fusão Cognitiva

Além da clareza do self, de acordo com Wenar e Kerig (2000), a presença de flexibilidade psicológica também pode ajudar o adolescente a lidar eficazmente com os desafios colocados pelo seu estado de desenvolvimento. A flexibilidade psicológica pode assim ser descrita como a capacidade de manter consciente o momento presente em que a pessoa é capaz, dependendo do que a situação oferece, de mudar ou manter ações para perseguir objetivos e interesses valiosos (Hayes et al., 1999). Em contraste, quando prevalece a inflexibilidade psicológica, o jovem pode, com frequência, envolver-se em tentativas consideráveis de controlar emoções, pensamentos e comportamentos aplicando certas estratégias rígidas de regulação, uma marca de várias formas de psicopatologia (Kashdan & Rottenberg, 2010). De acordo com pesquisas recentes, a fusão cognitiva e o evitamento experiencial são duas das componentes base da inflexibilidade psicológica e, em consequência, de várias formas de psicopatologia. Concretamente, a fusão cognitiva pode ser concetualizada como a tendência do indivíduo para se deixar enredar no conteúdo dos eventos internos (Hayes et al., 1999), encarando as cognições como factuais e não como interpretações da realidade (Hayes, 1989). Por outras palavras, é quando um indivíduo percebe os seus pensamentos como literalmente verdadeiros, em vez de apenas pensamentos ou experiências cognitivas (Hayes et al., 2006). Outros autores referem-se à fusão cognitiva como uma dificuldade em encarar as cognições de forma alternativa, bem como a tendência para controlar o pensamento e julgar o seu conteúdo numa reação emocional desadaptativa com análise excessiva dos acontecimentos (Gillanders et al., 2014).

2.3.1 Fusão Cognitiva com o peso e saúde mental

De acordo com a Terapia da Aceitação e Compromisso, (Hayes et al., 2006), o sofrimento humano não tem origem na ocorrência ou no conteúdo de experiências

indesejáveis, como percepções ou pensamentos negativos sobre a própria imagem corporal, mas sim na relação que se estabelece entre o indivíduo e tais eventos internos (Segal et al., 2004). Especificamente, esta terapia destaca o papel da inflexibilidade psicológica como o fundamento principal do distress e sofrimento humanos, (Hayes et al., 2012).

Deste modo, o processo de fusão cognitiva é um mecanismo central no sofrimento psicológico e os pensamentos ou emoções (sobretudo aqueles com conteúdo significativo) associam-se ao evitamento experiencial (Hayes et al., 2011).

Este processo resulta na autoidentificação com os próprios pensamentos e na incapacidade de considerá-los como parte da experiência interior, ao invés de uma constatação de factos, e conseqüentemente tomando atitudes objetivas em relação a eles, (Eifert et al., 2009). Hayes (2004) também se refere a dor e distress, resultantes das associações com a linguagem e pensamentos, que podem ser sentidos quando os pensamentos ocorrem, ou seja, a qualquer momento. Esta capacidade de evocar a dor em qualquer altura sugere que pessoas com um nível mais elevado de fusão cognitiva podem estar em risco de maior sofrimento nos vários domínios da saúde.

Segundo Trindade e Ferreira (2014), a fusão cognitiva, quando associada à imagem corporal, provoca uma autoidentificação com percepções, sensações e pensamentos ligados à aparência física. Assim, eventos internos indesejados (e.g., “sou gorda”) tendem a ser tratados como se fossem verdades incontestáveis tornando-se para o indivíduo como algo perigoso, e conseqüentemente podendo levar a respostas de evitamento experiencial. Desta forma, é previsível que o estigma associado ao peso influencie a fusão cognitiva na medida em que indivíduos com elevados níveis de fusão tenderão a identificar-se mais facilmente como alvo dos estereótipos negativos associados ao peso.

Bardeen e Fergus (2016), referem que maiores níveis de fusão cognitiva estão associados a baixos níveis de bem-estar emocional, funcionamento social e níveis de energia e também encontraram uma ligação entre fusão cognitiva e sintomas psicológicos negativos. De facto, Kraft et al. (2019) descobriram que a fusão cognitiva é um forte preditor de sintomas de saúde mental como a depressão, ansiedade, e hostilidade entre estudantes universitários. Também nesse sentido, os resultados de um estudo sobre regulação emocional, perturbações alimentares e imagem corporal, indicam que mulheres que percecionam o seu corpo como significativamente discrepante do padrão valorizado na sociedade atual têm uma maior tendência para apresentar comportamentos alimentares

perturbados. No entanto, esta relação é parcialmente explicada por maiores níveis de fusão cognitiva em relação à aparência física, e por um menor apreço pela própria imagem corporal, (Bento et al., 2017). Estes autores sublinham a relevância da promoção de desfusão cognitiva e de atitudes autocompassivas enquanto estratégias de regulação emocional, protetoras da psicopatologia alimentar.

3. Objetivos e Hipóteses

Os objetivos gerais deste trabalho são, por um lado, avaliar o impacto que a clareza do self tem na vivência do estigma do peso em termos de problemas gerais de saúde mental, e por outro, relacionar todas as variáveis em estudo. O objetivo específico consiste em determinar se o estigma do peso e a fusão cognitiva mediatizam a relação entre a clareza do self e os problemas gerais de saúde mental. Para isso, colocamos as seguintes hipóteses:

H1- Maiores problemas de clareza do self estão positivamente associados com a interiorização do estigma do peso.

H2- Maiores problemas de interiorização do estigma do peso estão positivamente associados à fusão cognitiva com o peso.

H3- Maiores problemas de fusão cognitiva com o peso estão positivamente associados problemas gerais de saúde mental.

H4- Maiores problemas de interiorização do estigma do peso estão positivamente associados a problemas gerais de saúde mental.

H5- Maiores problemas de clareza do self estão positivamente associados à fusão cognitiva com o peso.

H6- Maiores problemas de clareza do self estão positivamente associados a problemas gerais de saúde mental.

H7- O efeito da clareza do self sobre os problemas gerais de saúde mental é mediado pelo estigma interiorizado do peso e pela fusão cognitiva.

H8- O efeito da clareza do self sobre os problemas gerais de saúde mental é mediado pelo estigma percebido do peso e pela fusão cognitiva.

4. Método

4.1 Desenho do estudo

A presente investigação caracteriza-se por ser um estudo transversal, com um modelo correlacional uma vez que o objetivo é identificar e relacionar variáveis, procedendo-se também ao teste de modelos de mediação na tentativa de apurar se as possíveis relações são mediadas por duas das variáveis estudadas. Este tipo de estudo permite observar naturalmente o que se passa no ambiente sem se interferir diretamente com ele (Field, 2015).

4.2 Caracterização da amostra

Colaborou no estudo um total de 421 alunos. A média de idades era de 16.7 anos, variando entre um mínimo de 15 e um máximo de 19 anos. A maioria era do género feminino (63.9%) e frequentava o 11º ano (37.8%). Uma percentagem de 72.4% apresentava um índice de massa corporal normal (tabela 1.).

Tabela 1:

Caraterização sociodemográfica (N = 421)

	N	%
<i>Idade (M; DP)</i>	16.7	1.1
<i>Género</i>		
Feminino	269	63.9
Masculino	152	36.1
<i>Escolaridade</i>		
10º ano	127	30.2
11º ano	159	37.8
12º ano	135	32.1
<i>IMC</i>		
Baixo peso	60	14.6
Normal	297	72.4
Pré-obesidade	40	9.8
Obesidade I	12	2,9
Obesidade II	1	,2

Porque existiam 11 valores ausentes na variável IMC, nas análises estatísticas foram utilizados 410 participantes.

Os dados foram recolhidos entre 19 de maio e 19 de junho de 2020 através da plataforma Google Forms tendo em conta o cenário de COVID-19, que impôs restrições no acesso às escolas. Assim, com a autorização das devidas direções, os questionários de autorresposta foram divulgados por professores do ensino secundário junto de alunos dos 10, 11 e 12 º anos, e com recurso a pessoas mais próximas o que surtiu o efeito bola de neve, ou seja, os participantes foram divulgando os questionários junto dos pares. Antes de iniciarem o protocolo, todos os estudantes foram informados quanto à natureza e objetivos do estudo, tendo também sido assegurado o caráter voluntário da sua participação e a confidencialidade dos dados, tal como explicado no texto que acompanhava as medidas utilizadas (ver anexo de questionários).

4.3 Instrumentos

4.3.1 Questionário Sociodemográfico

Com este questionário foram solicitadas as seguintes informações: idade, género, peso, altura e ano de escolaridade.

4.3.2 Índice de Massa Corporal (IMC)

É um método analítico, não laboratorial, que permite a avaliação da composição corporal de uma forma indireta. O IMC expressa a relação entre o peso (massa corporal) e a altura de um indivíduo e traduz-se pelo quociente entre a massa corporal, em quilos, e o quadrado da altura, em metros, [IMC = Peso (kg) / Altura (m²)]. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) acordou que um IMC igual ou superior a 25 traduz situações de sobrepeso e que igual ou superior a 30 indica a presença de excesso de peso. (WHO, 2021).

4.3.3 Questionário Geral de Saúde- GHQ-28, (Goldberg & Hillier, 1979; Ribeiro & Antunes, 2003)

Trata-se de um questionário de autorresposta, com 28 itens, desenvolvido por Goldberg e Hillier em 1979, a partir da versão original do *General Health Questionnaire* (GHQ), de 60 itens, criado por Goldberg em 1972, (Golberg & Hillier, 1979). De acordo com os autores, o GHQ foi concebido para identificar quer a incapacidade para realizar as tarefas que são usuais numa pessoa saudável, quer o aparecimento de fenómenos stressantes novos. Não pretende detetar traços estáveis, mas sim quebras no funcionamento usual. Também não se trata de um questionário de saúde geral. É antes um instrumento adequado à avaliação da saúde mental ou do bem-estar psicológico que inclui perguntas como: “Tens perdido o sono devido a preocupações?”. O GHQ original foi desenvolvido a partir de critérios clínicos, apenas a versão reduzida de 28 itens foi trabalhada, também, com base em critérios psicométricos, embora os critérios clínicos sejam dominantes, (Golberg & Hillier, 1979). Ou seja, podemos falar numa validação mista já que é fundada em teoria, e apoiada por resultados empíricos. A escala é constituída por quatro dimensões: “Sintomas Somáticos”, “Ansiedade e Insónia”,

“Disfunção Social” e “Depressão Grave”. As respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 4 pontos, variando a pontuação entre 0 e 3. A cotação é obtida pela soma da pontuação dos itens, fornecendo uma pontuação global e a pontuação por cada uma das quatro dimensões. O instrumento apresentou bons alfas para todas as suas dimensões (ver Tabela 2).

4.3.4 Escala de Self-Clareza, (Campbell et al., 1996; Figueiredo et al., 2010)

A escala de *self*-clareza de Campbell, Trapnell, Heine, Katz, Lavallee, & Lehman (1996), é constituída por 12 itens em forma de escala ordinal (tipo Likert) de 5 valores-de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Com exceção para os itens 6 e 11, quanto maior a concordância, menor a clareza do self, pelo que a medida de clareza do self é decrescente, ou seja, quanto maior o valor obtido na escala, menor o valor de clareza do self. Os itens (e.g., “As minhas crenças relativamente a mim mesmo(a) entram frequentemente em conflito uns com os outros”) pressupõem a determinação do grau de clareza do autoconceito dos participantes, através da medição da consistência interna e da estabilidade temporal da autoconfiança. A versão a utilizar neste estudo foi testada para a população portuguesa por Figueiredo e colaboradores (2010). Revelou uma boa consistência interna na presente amostra (ver Tabela 2).

4.3.5 Questionário de Fusão Cognitiva– Doenças Crónicas (CFQ-CI; Trindade et al., 2018).

O CFQ-CI é um questionário de autorresposta, com 7 itens como: “Os meus pensamentos em relação ao meu peso perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional”. As questões são avaliadas numa escala de 1 (nunca verdadeira) a 7 (sempre verdadeira), onde pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de fusão cognitiva. No presente estudo o CFQ-CI revelou uma boa consistência interna (ver Tabela 2).

4.3.6 Questionário de Estigma Internalizado em relação ao peso- WSSQ, (Lillis et al., 2010; Palmeira et al., 2016)

O *Weight Self-Stigma Questionnaire* é uma medida de autorrelato de 12 itens (e.g., “Os outros têm vergonha de estar perto de mim devido aos meus problemas com o peso”) projetada especificamente para avaliar o autoestigma de peso em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Compreende duas subescalas: autodesvalorização, que envolve pensamentos e emoções negativas sobre o excesso de peso, e medo do estigma encenado que se refere à percepção de ser discriminado, bem como a identificação a um grupo estigmatizado. Os itens de 1 a 6 compreendem a subescala de autodesvalorização e os itens de 7 a 12 a subescala de medo do estigma encenado. Todos são avaliados numa escala Likert de 5 pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente). Pontuações mais altas refletem a presença de mais estigma do peso internalizado. Os alfas obtidos na presente amostra, nas duas dimensões da medida, são bons (ver Tabela 2).

4.3.7 Análise de dados

Envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respectivos desvios-padrão), e estatística inferencial tendo sido obtidas comparações de médias, com recurso a testes paramétricos t de Student. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson e a análise de efeitos de mediação em sequência (modelo 6). O género e o IMC (índice de massa corporal) foram colocadas como covariantes. A significância dos efeitos indiretos foi calculada por reamostragem (bootstrapping) de 5000 amostras, com um intervalo de confiança de 95%, bias corrected.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28 para Windows e a macro para SPSS de Andrew F. Hayes, denominada PROCESS, v4.1.

5. Resultados

5.1 Análise descritiva das variáveis em estudo

A consistência interna das dimensões dos instrumentos usados no presente estudo, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .77 (razoável) na dimensão Sintomas Somáticos do GHQ, a um máximo de .96 (excelente) na Clareza do Self. A categorização dos valores de Alfa segue o referenciado em Hill (2014). Os resultados revelam uma distribuição normal da amostra. Os valores de assimetria e curtose encontram-se abaixo dos índices máximos recomendados: 2 para a assimetria e 7 para a curtose, (Curran, West, & Finch, 1996).

As estatísticas descritivas dos valores obtidos podem ser apreciadas na tabela seguinte (Tabela 2.), onde são indicados os valores mínimos e máximos, tanto teóricos como observados, médias e respectivos desvios padrão, número de itens por variável, assimetria e curtose.

Através de um teste *t* de Student, foram testados os valores médios observados em cada escala contra os pontos médios de cada uma (tendo em conta as suas pontuações mínima e máxima teóricas), para verificar se são estatisticamente diferentes (ver Tabela 2). Os resultados revelam que a amostra apresenta problemas de clareza do self, e o que não acontece ao nível da fusão cognitiva. Também se observa uma baixa integração do estigma do peso dado a média se encontrar bem abaixo do ponto médio da escala. A média dos problemas gerais de saúde mental não é significativamente diferente do ponto médio da escala.

Tabela 2:

Análise descritiva das variáveis consideradas

	Média	DP	Mín-Máx Teóricos	Mín-Máx Observados	AC	Simetria	Curtose
Clareza do Self	2,65*	,90	1-5	1-7	.96	,377	-,78
Estigma do Peso	1,76*	,82	1-5	1-4,33	.92	1,060	,24
Estigma Percebido	1,77*	,95	1-5	1-5	.91	1,158	,43
Estigma internalizado	1,76*	,82	1-5	1-5	.84	1,172	,86
Fusão Cognitiva	1,90*	1,40	1-7	1-7	.88	1,808	2,37
GHQ- Probl. Gerais de Saúde Mental	,77	,48	0-3	0-2,54	.92	1,017	,90
GHQ- Disfunção Social	1,08*	,46	0-3	0-2,86	.79	,557	,45
GHQ- Depressão Grave	,47*	,74	0-3	0-3	.88	1,944	3,82
GHQ- Ansiedade e Insónia	,93*	,52	0-3	0-3	.88	,692	-,38
GHQ- Sintomas Somáticos	,59*	,46	0-3	0-2,5	.77	1,154	1,02

Notas. N = 421; * = média significativamente diferente do ponto médio da escala $p < .001$; DP= Desvio Padrão; AC = Alfa de Cronbach.

5.2 Análise de médias em função do IMC e do género

De acordo com as médias obtidas em função do Índice de Massa Corporal (ver Tabela 3), verificam-se diferenças entre os indivíduos com valores acima e abaixo do peso considerado normal. Assim, no caso das variáveis estigma e fusão cognitiva, associados ao peso, alunos com $IMC \geq 25$, apresentam mais problemas que alunos com $IMC \leq 25$. Os valores médios observados para as outras escalas em estudo não são estatisticamente diferentes das médias das respetivas pontuações.

Tabela 3:

Análise de médias em função do IMC

	IMC<24,99			IMC≥25			t	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Self Clareza	334	2,66	,90	53	2,62	,91	,27	.78
Estigma do Peso	334	1,61	,74	53	2,54	,87	-8,26	<,001
Estigma Internalizado do Peso	334	1,66	,77	53	2,29	,89	-5,41	<,001
Estigma Percebido do Peso	334	1,57	,82	53	2,79	1,01	-9,74	<,001
Fusão Cognitiva com o Peso	334	1,69	1,21	53	2,94	1,83	-6,41	<,001
GHQ-P. Gerais Saúde Mental	334	,77	,48	53	,82	,50	-,82	.410
GHQ-Disfunção Social	334	1,09	,51	53	1,09	,56	,03	.97
GHQ-Depressão Grave	334	,47	,62	53	,53	,59	-,61	.53
GHQ-Ansiedade e Insónia	334	,93	,74	53	,99	,80	-,58	.56
GHQ-Sintomas Somáticos	334	,58	,46	53	,70	,48	-1,67	.09

Nota: IMC= Índice de Massa Corporal; Valores de referência: $IMC < 18,5$ baixo peso; $18,5 < IMC < 24,9$ peso normal; $25 < IMC < 29,9$ excesso de peso; $IMC \geq 30$ obesidade

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4 também se verificam diferenças nas médias conforme o género. No caso das raparigas, as médias obtidas para todas as escalas são superiores aos valores observados em relação aos rapazes. Assim, os indivíduos do sexo feminino apresentam mais problemas de clareza do self, de estigma

associado ao peso, de fusão cognitiva com o peso e de problemas de saúde gerais em todas as suas dimensões.

Tabela 4:

Análise de médias em função do género

	Género Feminino			Género Masculino			t	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Self Clareza	269	2,80	,91	53	2,37	,81	4.86	<,001
Estigma do Peso	269	1,92	,96	53	1,48	,66	5.56	<,001
Estigma Internalizado do Peso	269	1,92	,84	53	1,48	,70	5.50	<,001
Estigma Percebido do Peso	269	1,93	1,01	53	1,47	,72	4.85	<,001
Fusão Cognitiva com o Peso	269	2,20	1,52	53	1,36	,92	6.21	<,001
GHQ-Prob. Gerais de Saúde Mental	269	,89	,50	53	,55	,35	7.38	<,001
GHQ-Disfunção Social	269	1,12	,54	53	,95	,46	4.13	<,001
GHQ-Depressão Grave	269	,57	,68	53	,28	,40	4.92	<,001
GHQ-Ansiedade e Insónia	269	1,12	,75	53	,58	,59	7.77	<,001
GHQ-Sintomas Somáticos	269	,70	,49	53	,40	,34	6.76	<,001

5.3 Análise correlacional das variáveis em estudo

Tendo em conta os coeficientes de correlação de Pearson, na Tabela 5 é possível observar correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões avaliadas. De forma genérica, os coeficientes de correlação dos construtos em análise são estatisticamente significativos, positivos e moderados (coeficiente r de Pearson entre 0.40 e 0.60), tal como previsto no modelo em estudo.

A correlação mais elevada entre variáveis, de instrumentos de investigação diferentes, ocorre entre a fusão cognitiva e o estigma ($r = .738, p < .001$). Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta o estigma relacionado com o peso aumenta também a fusão cognitiva. Recorde-se que são consideradas correlações fortes as que apresentam um coeficiente r de Pearson situado entre os valores 0.60 e 0.80.

No caso da correlação entre a fusão cognitiva e a saúde mental esse coeficiente é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = .481, p < .001$). Isso significa que à medida que aumenta a fusão cognitiva aumentam também os níveis de problemas de saúde mental.

O coeficiente de correlação entre o estigma relacionado com o peso e a saúde mental é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = .436, p < .001$). Também aqui, à medida que aumenta o estigma relacionado com o peso aumentam igualmente os níveis de problemas de saúde mental.

Outra correlação significativa, e esperada, é entre as variáveis clareza do self, e estigma do peso ($r = .459, p < .001$). Como a uma maior pontuação na escala da clareza do self correspondem mais problemas de identidade, então a um aumento desta variável corresponde um aumento dos níveis de estigma. O mesmo acontece na relação entre a clareza do self e a fusão cognitiva ($r = .412, p < .001$), e entre a clareza do self e problemas gerais saúde mental ($r = .619, p < .001$).

Estão assim confirmadas as hipóteses:

H1- Maiores problemas de clareza do self estão positivamente associados com a interiorização do estigma do peso.

O coeficiente de correlação entre as duas variáveis é estatisticamente significativo, positivo e moderado. Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta a clareza do Self aumenta também o estigma relacionado com o peso.

H2- Maiores problemas de interiorização do estigma do peso estão positivamente associados à fusão cognitiva com o peso.

O coeficiente de correlação entre estas variáveis é estatisticamente significativo, positivo e moderado. Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta o estigma relacionado com o peso aumenta também a fusão cognitiva.

H3- Maiores problemas de fusão cognitiva com o peso estão positivamente associados problemas gerais de saúde mental.

O coeficiente de correlação entre a fusão cognitiva e a saúde mental é estatisticamente significativo, positivo e moderado. Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta a fusão cognitiva aumentam também os níveis de saúde mental.

H4- Maiores problemas de interiorização do estigma do peso estão positivamente associados a problemas gerais de saúde mental.

O coeficiente de correlação entre as variáveis é estatisticamente significativo, positivo e moderado. Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta o estigma relacionado com o peso aumentam também os níveis de saúde mental.

H5- Maiores problemas de clareza do self estão positivamente associados à fusão cognitiva com o peso.

O coeficiente de correlação entre as variáveis é estatisticamente significativo, positivo e fraco. Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta a clareza do Self aumenta também a fusão cognitiva.

H6- Maiores problemas de clareza do self estão positivamente associados a problemas gerais de saúde mental.

O coeficiente de correlação entre as variáveis da hipótese é estatisticamente significativo, positivo e elevado. Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta a clareza do self aumentam também os níveis de saúde mental.

Tabela 5:
Coeficientes de correlação de Pearson para todas as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Self Clareza	--								
2 Estigma total	.45***								
3 Estigma Auto	.46***	.91***							
4 Estigma med	.39***	.94***	.73***						
5 Fusão Cognitiva	.41***	.73***	.68***	.69***					
6 GHQ	.61***	.43***	.44***	.37***	.48***				
7 Sint. Somáticos	.45***	.36***	.37***	.30***	.37***	.79***			
8 Ansiedade/Insónia	.52***	.38***	.40***	.31***	.47***	.90***	.65***		
9 Depressão grave	.58***	.38***	.37***	.34***	.41***	.82***	.51***	.66***	
10 Disfunção social	.45***	.28***	.28***	.25***	.28***	.74***	.49***	.55***	.45***

Nota: *** $p \leq .001$; GHQ- problemas gerais de saúde mental; GHQ- Problemas Gerais de Saúde Mental

5.4 Análise de mediação

Em relação à análise de mediação, foram considerados, em separado, o estigma internalizado do peso (associado a uma autodesvalorização relacionada com peso), e o estigma percebido do peso (medo da desvalorização relacionada com o peso). Ambas as análises foram replicadas para cada uma das dimensões dos problemas gerais de saúde mental e analisados não só os efeitos diretos como os indiretos.

5.4.1 Análise de mediação com o estigma internalizado do peso

Para se testar a hipótese de o estigma interiorizado do peso e a fusão cognitiva mediarem a relação entre a clareza do self e os problemas de saúde mental (Figura 2), realizou-se uma mediação em sequência utilizando o método Process (Hayes 4.; modelo 6) com a variável clareza do self como variável independente, a variável saúde mental como variável dependente e as variáveis estigma interiorizado do peso e fusão cognitiva como variáveis mediadoras. Os efeitos do gênero e do índice de massa corporal nesta relação foram controlados, entrando estas variáveis no modelo como covariantes (Tabela 6, em anexo).

Os resultados revelam efeitos diretos, positivos e estatisticamente significativos à execução do efeito do autoestigma nos problemas de saúde ($B=.01, p>.05$). Assim, a clareza do self é um preditor significativo do autoestigma ($B=.39, p<.001$), da fusão cognitiva ($B=.19, p<.001$) e dos problemas gerais de saúde mental ($B=.25, p<.001$); o autoestigma é um preditor significativo da fusão cognitiva ($B=.93, p<.001$), a fusão cognitiva é um preditor significativo dos problemas gerais de saúde mental ($B=.08, p<.001$);

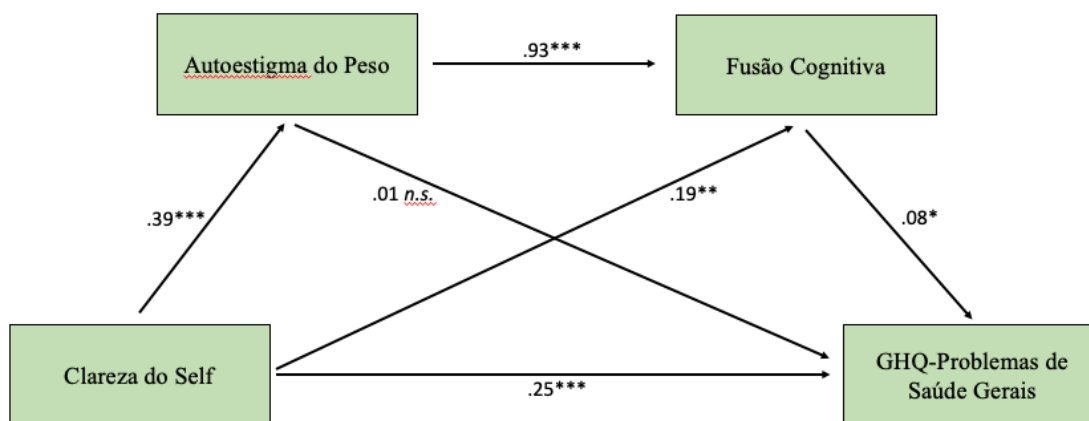


Figura 2. Modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ * $p > .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

O estigma interiorizado do peso não influencia a relação entre a clareza do self e os problemas de saúde gerais de saúde mental já que este efeito indireto ($.007$) não é estatisticamente significativo, 95% CI $[-.02 - .03]$. O mesmo não acontece com a fusão cognitiva que desempenha um papel ativo na relação entre as duas variáveis. Apresenta um efeito indireto ($.016$) na relação da clareza do self com a saúde mental que é estatisticamente significativo, 95% CI $[.01 - .03]$.

Da mesma forma, o efeito da clareza do self na saúde mental através do estigma interiorizado e da fusão cognitiva é de ($.031$) e estatisticamente significativo, 95% CI $[.01 - .05]$.

Esta análise foi posteriormente replicada para cada uma das dimensões da saúde mental (Tabelas 7, 8, 9 e 10 em anexo), designadamente, disfunção social, depressão grave, ansiedade/insónia e sintomas somáticos. Mantêm-se os efeitos diretos da análise anterior com exceção da mediação onde a variável dependente é a subescala do GHQ-Disfunção Social. Neste caso, o efeito direto da fusão cognitiva sobre a disfunção social não é significativo. E, tal como na mediação anterior, o autoestigma do peso volta a ter um efeito não significativo sobre todas as dimensões dos problemas de saúde mental, inclusive para os problemas gerais de saúde mental.

Em relação aos efeitos indiretos, foram obtidos os seguintes resultados:

Disfunção social

Neste modelo de mediação, os efeitos indiretos não são estatisticamente significativos (Figura 3).

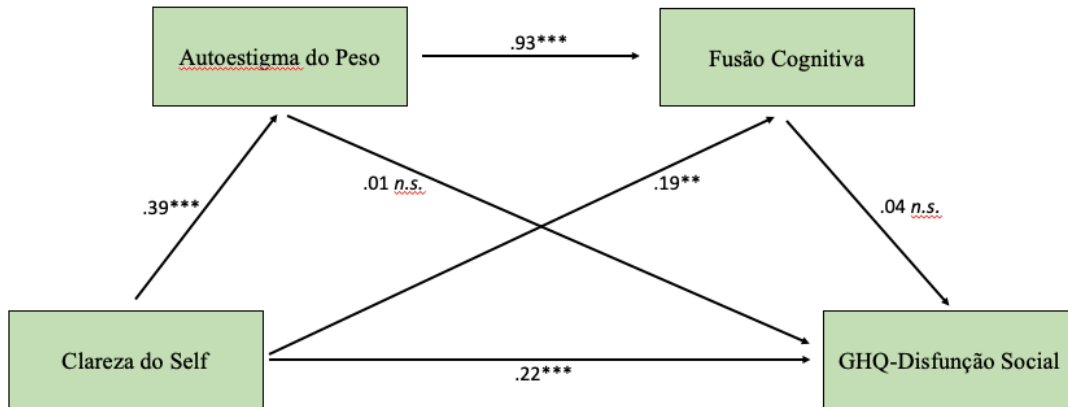


Figura 3. Modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-DS * $p > .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão Grave

O efeito indireto do estigma interiorizado (.001) sobre a relação da clareza do self com a depressão grave não é estatisticamente significativo, 95% CI [-.02 ; .03].

O efeito indireto da fusão cognitiva (.017) sobre a relação entre a clareza do self e a depressão grave é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .03].

O efeito indireto do estigma interiorizado e da fusão cognitiva (.032) sobre a relação entre a clareza do self e a depressão grave é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .06].

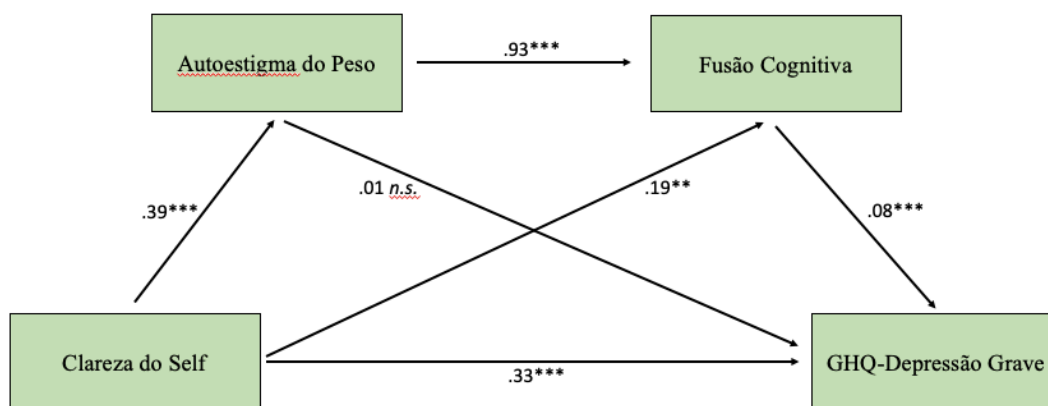


Figura 4. Modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-DG *p>.05; **p<.01; ***p<.001

Ansiedade/Insónia

O efeito indireto do estigma interiorizado (.001) sobre a relação entre a clareza do self e a ansiedade/insónia não é estatisticamente significativo, 95% CI [-.03 ; .04].

O efeito indireto da fusão cognitiva (.030) sobre a relação entre a clareza do self e a ansiedade/insónia é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .05].

O efeito indireto do estigma interiorizado e da fusão cognitiva (.058) sobre a relação entre a clareza do self ansiedade/insónia e a ansiedade/insónia é estatisticamente significativo, 95% CI [.03 ; .08].

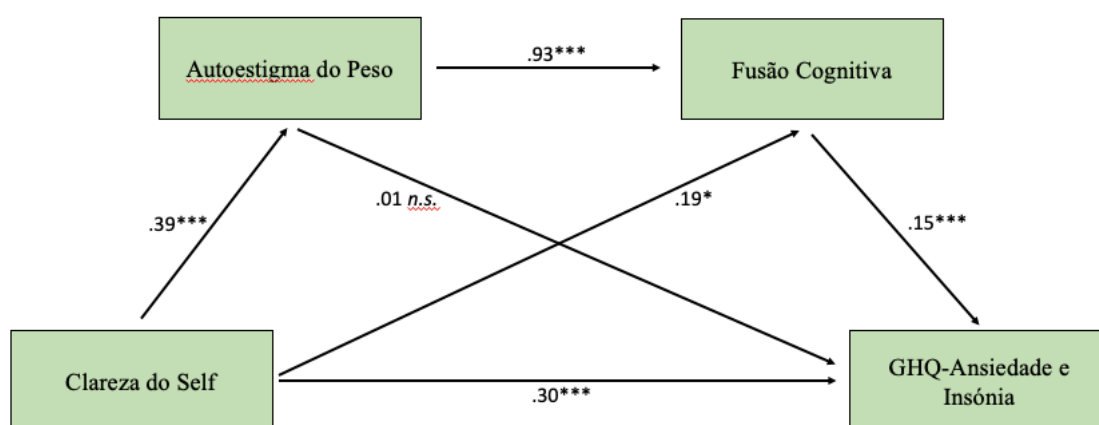


Figura 5. Modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-AI *p>.05; **p<.01; ***p<.001

Sintomas Somáticos

Neste modelo de mediação, os efeitos indiretos não são estatisticamente significativos (figura 6).

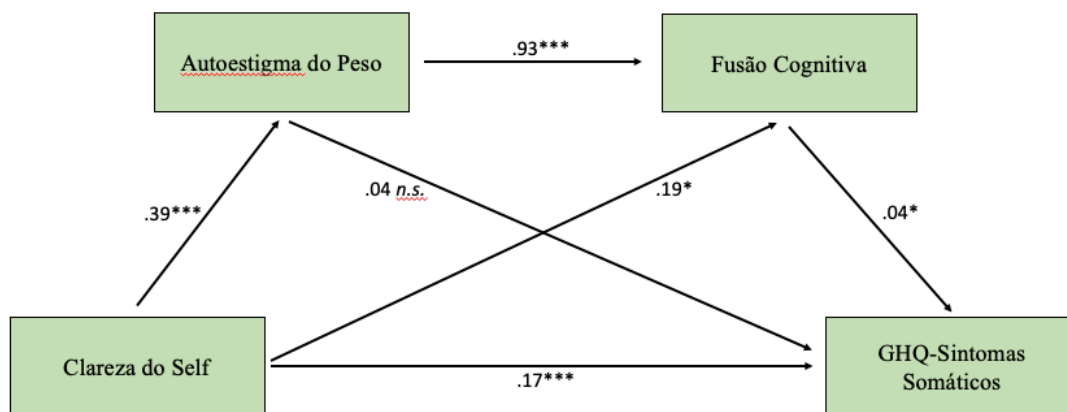


Figura 6. Modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-SS * $p > .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Face aos resultados obtidos, confirma-se, parcialmente, a hipótese *H7*.

5.4.2 Análise de mediação com o estigma percebido do peso

Foi realizada uma análise suplementar, apenas substituindo o estigma internalizado do peso pelo estigma percebido do peso (Tabela 11 em anexo). Mantiveram-se assim as restantes variáveis para se testar a hipótese de o estigma percebido do peso e a fusão cognitiva medirem a relação entre a clareza do self e a saúde mental. Na mediação em sequência (modelo 6), o efeito do género e do índice de massa corporal também voltou a ser controlado, entrando estas variáveis no modelo como covariantes. No caso em que a variável dependente são os problemas gerais de saúde mental, o efeito direto da clareza do self sobre os problemas gerais de saúde mental é positivo e estatisticamente significativo ($B = .26, p < .001$).

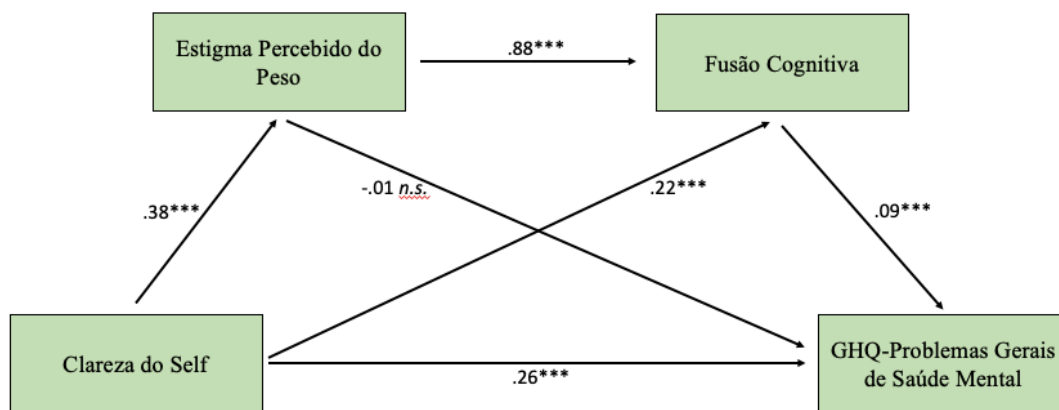


Figura 7. Modelo de mediação CS>EP-FC>GHQ *p>.05; **p<.01; ***p<.001

O efeito indireto do estigma percebido (-.003) sobre a relação entre a clareza do self e a saúde mental não é estatisticamente significativo, 95% CI [-.02 ; .02].

O efeito indireto da fusão cognitiva (.020) sobre a relação entre a clareza do self e a saúde mental é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .04].

O efeito indireto do estigma percebido e da fusão cognitiva (.031) sobre a relação entre a clareza do self e a saúde mental é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .05].

Esta análise foi posteriormente replicada para cada uma das dimensões da saúde mental, designadamente, disfunção social, depressão grave, ansiedade/insónia e sintomas somáticos, tendo-se obtido os seguintes resultados:

Disfunção Social

Os efeitos indiretos não são estatisticamente significativos

Depressão Grave

O efeito indireto do estigma percebido (.007) sobre a relação entre a clareza do self e a depressão grave não é estatisticamente significativo, 95% CI [-.02 ; .04].

O efeito indireto da fusão cognitiva (.018) sobre a relação entre a clareza do self e a depressão grave é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .04].

O efeito indireto do estigma interiorizado e da fusão cognitiva (.028) sobre a relação entre a clareza do self e a depressão grave é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .05].

Ansiedade/Insónia

O efeito indireto do estigma percebido (-.034) sobre a relação entre a clareza do self e a ansiedade/insónia não é estatisticamente significativo, 95% CI [-.07 ; .01].

O efeito indireto da fusão cognitiva (.042) sobre a relação entre a clareza do self e a ansiedade/insónia é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .07].

O efeito indireto do estigma percebido e da fusão cognitiva (.063) sobre a relação entre a clareza do self e a ansiedade/insónia é estatisticamente significativo, 95% CI [.03 ; .09].

Sintomas Somáticos

O efeito indireto do estigma percebido (-.001) sobre a relação entre a clareza do self e os sintomas somáticos não é estatisticamente significativo, 95% CI [-.02 ; .02].

O efeito indireto da fusão cognitiva (.013) sobre a relação entre a clareza do self e os sintomas somáticos é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .02].

O efeito indireto do estigma percebido e da fusão cognitiva (.020) sobre a relação entre a clareza do self e os sintomas somáticos é estatisticamente significativo, 95% CI [.01 ; .03].

Confirma-se, assim, parcialmente a hipótese *H8*.

6. Discussão

O presente estudo pretende, por um lado, investigar como se relacionam a clareza do self, o estigma do peso, a fusão cognitiva com o peso, e os problemas de saúde mental. Por outro, propõe saber se a clareza do self, o estigma do peso e a fusão cognitiva com o peso são preditores gerais da saúde mental, e se o estigma do peso e a fusão cognitiva medeiam a relação da clareza do self com os problemas de saúde mental.

Globalmente, os resultados obtidos vão no sentido do modelo de mediação apresentado, e das correlações, positivas e significativas previstas entre todas as variáveis. No caso da clareza do self com o estigma associado ao peso, como a uma maior pontuação na escala da clareza do self correspondem mais problemas de identidade, então a um aumento desta variável está associado um aumento dos níveis de estigma. O mesmo acontece na relação entre a clareza do self e a fusão cognitiva, e entre a clareza do self e problemas gerais saúde mental. No caso da correlação entre a fusão com o peso e o estigma associado ao peso, o coeficiente traduz que, aumentos nos níveis de estigma relacionado com o peso, correspondem a aumentos dos valores de fusão cognitiva. Da mesma forma, a acréscimos nos valores de fusão cognitiva, correspondem a subidas nos níveis de problemas de saúde mental. Relativamente à correlação entre o estigma associado ao peso e a saúde mental, também aqui, o agravamento dos problemas de saúde mental acompanha subidas nos valores de estigma.

Da análise de mediação sobressai que existem dois preditores principais dos problemas de saúde mental: a clareza do self e a da fusão cognitiva. O estigma não é preditor direto dos problemas de saúde mental. Entre as explicações possíveis para tal pode estar o facto de a interiorização do estigma não ser suficientemente forte para provocar problemas na saúde. Por outro lado, o questionário de estigma internalizado em relação ao peso- WSSQ foi desenvolvido para uma população obesa, e na presente amostra, cerca de 72% dos participantes têm peso normal. Ainda assim, através da fusão cognitiva, o estigma associado ao peso entra na sequência de mediação da influência da clareza do self sobre a saúde mental.

Pode dizer-se que, quanto mais problemas de clareza do self existirem, mais os adolescentes internalizam crenças associadas ao peso, mais fusão existe com os pensamentos relacionados com o peso, o que impacta negativamente na saúde mental.

Ainda que não tenham sido encontradas pesquisas com o modelo de mediação ou com todas as variáveis usadas neste estudo, ao mesmo tempo, em separado elas têm sido analisadas, o caso da clareza do self. Tal como no trabalho presente, são vários os que também associam o construto a resultados adaptativos (por ex. (Bigler, et al., 2001; Campbell et al., 1996; Campbell et al., 2003; Matto & Realo, 2001; Vartanian, 2009; Cremer & Sedikides, 2005; Lavalley & Campbell, 1995; Slotter et al., 2010,) e ao bem-estar psicológico (Campbell et al., 2003). Também Vartanian e Dey (2013) explicam como os indivíduos com pouca clareza de autoconceito podem procurar fontes externas para alcançar um sentido mais claro da sua identidade, mas correndo o risco de se tornarem vulneráveis a essas mesmas fontes. Assim, os ideais de um corpo magro, promovidos pela sociedade atual, podem, como relataram vários autores, levar a sofrimento psicológico e ansiedade, principalmente para aqueles que têm maior peso (Caqueo-Urizar et al., 2011)

Outros estudos (Kakeshita, & Almeida, 2006; Laus et al., 2009; Legnani et al., 2012; Miranda et al., 2012) têm referido que os indivíduos classificados em sobrepeso/obesidade, e as mulheres, são mais vulneráveis às pressões sociais e culturais voltadas para os padrões estéticos. Vartanian e Dey (2013), numa pesquisa desenvolvida com estudantes universitárias para examinarem as associações entre clareza do autoconceito, internalização do ideal de magreza, tendências de comparação social relacionadas à aparência e insatisfação corporal, concluíram que as mulheres com baixa clareza de autoconceito podem ser mais propensas a internalizar o ideal de magreza (Vartanian & Dey, 2013). Estudos que dão suporte aos resultados encontrados na presente pesquisa: no caso das variáveis estigma e fusão cognitiva associados ao peso, jovens com $IMC \geq 25$ apresentam mais problemas de estigma e fusão cognitiva associados ao peso do que aqueles com $IMC \leq 25$. Também no que diz respeito a diferenças nas médias conforme o género, no caso das raparigas, as médias obtidas para todas as escalas são superiores aos valores observados em relação aos rapazes. Assim, adolescentes do sexo feminino apresentam mais problemas de clareza do self, de estigma associado ao peso, de fusão cognitiva com o peso e de problemas de saúde gerais em todas as suas dimensões, ou seja, também nesta amostra, ser do sexo masculino é um fator de proteção.

O papel preditivo da clareza do self em relação a problemas de saúde mental encontrado neste estudo é ainda corroborado pelo modelo de Rutura da Identidade do Stress. Este sugere que a clareza do autoconceito é importante na determinação da

capacidade de um indivíduo para lidar com o stress (Smith et al., 1996). O mesmo referem Schiller et al. (2016) salientando que, das várias dimensões do self, a clareza do autoconceito é uma das que apresenta poder preditivo de distress psicopatológico, sendo que uma baixa clareza de autoconceito representa uma maior vulnerabilidade na capacidade de enfrentar as situações adversas na entrada da vida adulta.

Em relação à fusão cognitiva com o peso, outra das variáveis psicológicas em estudo, que justifica diferenças na internalização do estigma associado ao peso, a literatura aponta para maiores níveis de internalização em relação à insatisfação corporal quando os níveis de fusão são mais elevados. Admite-se que essa relação possa ser idêntica à da internalização do estigma do peso com a fusão cognitiva com o peso já que a insatisfação com a imagem corporal pode ser conceptualizada como um conjunto de crenças disfuncionais e de sentimentos negativos relativamente ao peso e forma do corpo, (Garner, 2002). Especificamente, o processo da fusão cognitiva quando associado à imagem corporal, provoca uma autoidentificação com perceções, sensações e pensamentos ligados à aparência física (Trindade & Ferreira, 2014) tendo vários estudos vindo a sublinhar a importância da fusão cognitiva na explicação da psicopatologia e da qualidade de vida (Hayes, 2004). Na atual pesquisa, a correlação mais elevada entre variáveis, de instrumentos de investigação diferentes, ocorre entre a fusão cognitiva e o estigma. E no modelo de mediação, a fusão cognitiva com o peso surge não só como preditor direto dos problemas de saúde mental, mas também como variável mediadora da relação entre a clareza do self e os problemas gerais de saúde mental.

7. Conclusão

O estigma associado ao peso pode ser devastador provocando, muitas vezes, um sofrimento silencioso e contribuindo para comportamentos como compulsão alimentar, isolamento social, evitamento de serviços de saúde, decréscimo de atividade física, e aumento do ganho de peso ao longo do tempo, o que só agrava a obesidade e cria barreiras a uma mudança para comportamentos saudáveis (Puhl & Suh, 2015).

Um estudo de referência de Schwimmer et al. (2003) revelou que crianças e adolescentes com obesidade severa tinham pontuações de qualidade de vida piores do que crianças da mesma idade com cancro. Andreyeva et al. (2008) referem que os estereótipos

negativos baseados no peso, em relação a crianças com sobrepeso, surgem a partir dos 3 anos de idade. Pais, pares, professores, profissionais de saúde, a sociedade em geral e os media, são as principais fontes de estigma, (Vitolins et al. 2012).

Sendo que a adolescência é um período crítico de transição, envolvendo mudanças profundas que afetam a auto-representação do indivíduo, uma tarefa crucial nesta altura é o desenvolvimento de um sentido claro de si mesmo (Campbell et al. 1996).

8. Implicações práticas deste estudo

Os resultados obtidos neste estudo sugerem caminhos importantes para intervenções a nível individual, num trabalho clínico que promova a clareza do autoconceito e desconstrua o estigma do peso, e a nível mais global. Sugerem-se programas educativos preventivos, com crianças e adolescentes, com o objetivo de promover um autoconhecimento mais claro que lhes confira ferramentas psicológicas com efeito protetor contra a estigmatização. Um trabalho que requer a sensibilização de professores, pais e educadores. Para além disso, envolvendo profissionais de saúde, da comunicação social, e a própria administração central, criar encontros e campanhas que expliquem o estigma associado à imagem, as consequências da sua interiorização e promova também a desconstrução do estereótipo do peso.

As intervenções destinadas a aumentar a clareza do autoconceito podem ter o efeito de diminuir a dependência dos jovens de fontes externas como meio de se definirem a si próprios e, assim, reduzir a sua suscetibilidade aos efeitos negativos das pressões socioculturais em relação à atratividade (o caso do ideal de magreza) e, consequentemente, reduzindo também a internalização do estigma associado ao peso. Atividades para crianças e adolescentes, baseadas em intervenções de mindfulness, estão a ser cada vez mais utilizadas por investigadores e terapeutas, sendo viáveis para participantes mais novos. Existe evidência da sua utilidade no tratamento de ansiedade na infância, redução de sintomas de POC e das suas preocupações patológicas, (Garcia-Gómez et al., 2019). Por outro lado, e atendendo ao papel que os pensamentos desempenham no bem-estar de todos, técnicas de desfusão cognitiva podem ser úteis particularmente quando aplicadas a adolescentes.

Como sugerido por Baumgardner (1990) os indivíduos com maior clareza de autoconceito, estando mais conscientes de seus atributos e capacidades, podem ter mais opções de reação e, conseqüentemente, estar mais preparados para responder corretamente às demandas de desafios. Além disso, um *self* claro, fornecendo um quadro de referência mais estável para interagir com o ambiente externo (Lewandowski et al., 2010), pode facilitar os processos de autorregulação e, por sua vez, um funcionamento psicológico mais próximo do ideal.

No futuro, sugere-se ainda a repetição deste estudo com uma amostra exclusivamente composta por indivíduos com sobrepeso ou obesos. Admitem-se correlações ainda mais fortes entre todas as variáveis e um papel de preditor direto do estigma do peso nas várias dimensões da escala dos problemas de saúde mental dado que a escala para avaliação do estigma do peso ter sido desenvolvida para populações com peso mais elevado.

9. Referências bibliográficas

Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity, 16*, 1129–1134. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2008.35>

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., & Cuijpers, P. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623–638. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000362>.

Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5*(1), 1–6.

Baumgardner, A. H. (1990). To know oneself is to like oneself: Self-certainty and self-affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(6), 1062–1072. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.6.1062>.

Bento, S., Ferreira, C., Mendes, A. L. & Simões, J.M. (2017). Emotion regulation and disordered eating: the distinct effects of body image. *Psychologica, 60* (2), 11-25. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_1

Berg P., van den; Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., Covert, & M. (2002) The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research, 53* (5), 1007-20. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00499-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00499-3)

Bigler, M., Neimeyer, G. J., & Brown, E. (2001). The divided self-revisited: Effects of self-concept clarity and self-concept differentiation on psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*, 396–415.

- Bodenlos, J. S., Hawes; E. S., Burstein, S. M., & Arroyo, K. M. (2020). Association of cognitive fusion with domains of health. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 9-15. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.001>
- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A., & Rodriguez-Soto, I. (2011). Body norms and fat stigma in global perspective. *Current Anthropology, 52*, 269–276. <http://dx.doi.org/10.1086/659309>
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 421–433. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpi053>
- Cahill, S., & Mussap, A. J. (2007). Emotional reactions following exposure to idealized bodies predict unhealthy body change attitudes and behaviors in women and men. *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 631–639.
- Campbell, J.D., Assanand, S., & Paula, A. D. (2003). The structure of the Self-Concept and its relation to psychological adjustment, *Journal of Personality (71) 1*, University of Columbia. doi: 10.1111/1467-6494.t01-1-00002
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehmann, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology, (70)*, 141–156. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.141>.396.22302
- Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., Toro, J., Gutiérrez-Maldonado, J., Peñaloza, C., Cuadros-Sosa, Y., & Gálvez-Madrid, M. J. (2011). Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image, 8 (1)*, 78-81 <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.11.004>
- Cash, T. F. (2002). The Management of Body Image Problems (2nd ed.). In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell. (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, (pp. 599-605). Guilford Press

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9(1), 35-53. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>

Cremer, D., de & Sedikides, C. (2005). Self-uncertainty and responsiveness to procedural justice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41, 157–173.

Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, 16-29. doi:10.1037/1082-989X.1.1.16

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.

Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity Journal*, 16 (2), 80-86. doi: 10.1038/oby.2008.448.

Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, (4), 368–385.

Field, A. (2015). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (SAGE (ed.); 4th ed.).

Ganem, P.A., & Morera, O. (2009). Does body dissatisfaction predict mental health outcomes in a sample of predominately Hispanic college students? *Personality and individual differences*, 46, 557-561.

Garcia-Gómez, M., Guerra, J., López-Ramos, V. M. & Mestre, J. M. (2019). Cognitive Fusion Mediates the Relationship between Dispositional Mindfulness and Negative Affects: A Study in a Sample of Spanish Children and Adolescent School Students *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 4687. doi:10.3390/ijerph16234687

Garner, D. M. (2002). Body image and anorexia nervosa. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky. (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, (pp.295-303). Guilford Press.

Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B., (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45 (1), 83-101.
doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001

Harrison, K. (2001). Ourselves, our bodies: Thin-ideal, media, self-discrepancies and eating disorder, symptomatology in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 289-323. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.20.3.289.22303>

Hayes, S. C. (Ed.). (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. Plenum.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy. Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3–29). Springer Science.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy* (2nd ed.): *The process and practice of mindful change*. Guilford.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.

Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W., & Zenger, M. (2014). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity, 22*(1), 79–85. <http://dx.doi.org/10.1002/oby.20561>

Hill, M. M. (2014). Desenho de questionário e análise dos dados - alguns contributos. In *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais da Educação*. Edições Húmus.

Kakeshita, I. S., & Almeida, S. S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. *Rev Saúde Pública, 40*, 497-504.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*, 865–878.

Kernberg, O. (2008). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. Yale University Press.

Laporta-Herrero, I., Jauregui-Lobera, I., Barajas- Iglesias, B., & Santed-German, M. A. (2018). Body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Eat Weight Disord, 23*, 339-47. doi: 10.1007/s40519-016-0353-x.

Latner, J. D., Barile, J. P., Durso, L. E., & O'Brien, K. S. (2014). Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eating Behaviors, 15*, 586–590. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.014>

Laus, M. F., Costa, T. M. B., & Almeida, S. S. (2009). Distorção da imagem corporal em adolescentes: um estudo de comparação entre dois instrumentos. *Medicina 42*, 358-65.

Lavallee, L. F., & Campbell, J. D. (1995). Impact of personal goals on self-regulation processes elicited by daily negative events. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 341–352.

Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal youth Adolescence*, 40, 59-71.
doi:10.1007/s10964-009-9500-2

Legnani, R. F. S., Legnani, E., Pereira, E. F., Gasparotto G. S., Vieira, L. F., & Campos W. (2012). Transtornos alimentares e imagem corporal em acadêmicos de Educação Física. *Motricidade*, 18, 84-91.

Lewandowski, G. W., Jr., Nardone, N., & Raines, A. J. (2010). The role of self-concept clarity in relationship quality. *Self and Identity*, 9, 416–433.

Lillis, J., Luoma, J., Levin, M., & Hayes S (2010) Measuring weight self-stigma: the weight self-Stigma Questionnaire. *Obesity* 18(5), 971–976.
<https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>

Link, B. G., Phelan, J. C. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

MacLean, L., Edwards, N., Garrad, M., Sims-Jones, N., Clinton, K., & Ashley, L. (2009). Obesity, stigma, and public health planning. *Health Promotion International*, 24, 88-93

Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.

Matto, H., & Realo, A. (2001). The Estonian self-concept clarity scale: Psychometric properties and personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 59–70. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00010-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00010-6)

Meadows, A. & Higgs, S. (2020). A bifactor analysis of the Weight Bias Internalization Scale: What are we really measuring? *Body Image*, 33, 137-151.

Meadows, A., & Higgs, S. (2020). Internalized weight stigma and the progression of food addiction over time. *Body Image*, 34, 67-71.

Miranda, V. P.N., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Teixeira, P. C., & Ferreira, M. E. C. (2012). Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 61, 25-32.

Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*, 13 (1), 920. doi: 10.1186/1471-2458-13-920

Nolan, L. J., & Eshleman, A. (2016). Paved with good intentions: paradoxical eating responses to weight stigma. *Appetite* 102, 15–24.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.027>

Pais-Ribeiro, Jose & Antunes, S.. (2003). Contribuição para o Estudo de Adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 Itens: General Health Questionnaire - GHQ28. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 37-45.

Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). The weight of weight self-stigma in women with overweight and obesity. Manuscript submitted for publication.

Parise, M., Ganzi, E., Olivari, M. G., Ferrari, L. (2019). Self-concept clarity and psychological adjustment in adolescence: the mediating role of emotion regulations. *Personality and Individual Differences*, (138), 363-365.

Puhl RM, Heuer, C.A. (2009) The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 17, 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100, 1019–1028.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>

Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of nation's children. *Psychological Bulletin*, 13, 557-580.

Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. M., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 15, 19-23.

Richie, T.D., Sedikides, C., Wildschut, T., Arndt, J., & Gidron, Y. (2011). Self-concept clarity mediates the relation between stress and subjective well-being. *Self and Identity*, 10 (4), 493-508. <https://doi.org/10.1080/15298868.2010.493066>

Puhl, R. M., & Suh, Y. (2015). Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Reports*, 4(2), 182–190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153>

Richman, S.B., Pond, R.S. Jr., Dewall, C.N., Kumashiro, M., & Luchies, L.B. (2016). An unclear self leads to poor mental health: self-concept confusion mediates the association of loneliness with depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, (35) 7, 525-550.

Rosen, J. C. (1997). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy. In D. M. Garner, & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook for Treatment of Eating Disorder*, (pp. 145-177). Guildorf Press.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1994). Social support: Global and relationship-based levels of analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11, 295–312.

Schiller, M., Hammen, C., & Shahar, G. (2016). Links among the self, stress, and psychological distress during emerging adulthood: Comparing three theoretical models. *Self and Identity*, 15, 302-326. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1131736>

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289 (14), 1813-1819. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.14.1813>

Sedikides, C., Wildschut, T., Gaertner, L., Routledge, C., & Arndt, J. (2008). Nostalgia as enabler of self-continuity. In F. Sani (Ed.), *Self-continuity: Individual and collective perspectives* (pp. 227–239). Psychology Press.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy. Theoretical rationale and empirical status. In S. Hayes, V. Follette & M. M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance* (pp. 45–65). Guilford Press.

Silva, W.R. da; Marôco, J. & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de Influência dos Três Fatores (TIS) aplicada a estudantes universitários: estudo de validação e aplicação. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (3). doi: 10.1590/0102-311X00179318

Slotter, E. B., Gardner, W. L., & Finkel, E. J. (2010). Who am I without you? The influence of romantic breakup on the self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 147–160.

Smith, M., Wethington, E., & Zhan, G. (1996). Self-Concept Clarity and Preferred Coping Styles. *Journal of Personality*, 64(2), 407–434. <https://doi.org/10.1111/J.1467-6494.1996.TB00516.X>

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633–661. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(94\)90002-7](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(94)90002-7)

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669–678. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.5.669>

Sun, S., He, J., Shen, B., Fan, X., Chen, Y., & Yang, X. (2020). Obesity as a “Self-regulated epidemic”: Coverage of obesity in Chinese newspapers. *Eating and Weight Disorders*. <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-020-00886-8>

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association, <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10312-000>

Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 181–183. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00144>

Trindade, I. A. & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15, 72-75.

Tylka, T. L., Annunziato, R.A., Burgard, D., Danielsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: Evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*. Article ID 983495 <https://doi.org/10.1155/2014/983495>

Vartanian, L. R. (2009). When the body defines the self: Self-concept clarity, internalization, and body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 94–126. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.94>

Vartanian, L. R., & Dey, S. (2013). Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparisons as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, 10, 495–500. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.05.004>

Vartanian, L. R., Froreich, F.V., & Smyth, J. M. (2016). A serial mediation model testing early adversity, self-concept clarity, and thin-ideal internalization as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, 19, 98-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.013>

Vartanian, L. R., & Hayward, L. E. (2018). Self-concept clarity and body dissatisfaction. In J. Lodi-Smith, & K. G. deMarree (Eds.), *Self-concept clarity: Perspectives on assessment, research, and applications* (pp. 195-218).

Vartanian, L. R., Hayward, L. E., Smyth, J. M., Paxton, S. J., & Touyz, S. W. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 322–330. <https://doi.org/10.1002/eat.22835>

Vartanian, L. R., Smyth, J. M., Zawadzki, M. H., Heron, K. E., & Coleman, S. R. M. (2014). Early adversity, personal resources, body dissatisfaction, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 620–629. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22313>

Vitolins M.Z., Crandall, S., Miller, D. I., E., Marion, G., Spangler, J. G., (2012) Obesity educational interventions in U.S. medical schools: a systematic review and identified gaps. *Teach Learn Med.* 24(3), 267–272.

Watson, D., David, J. P., & Suls, J. (1999). Personality, affectivity, and coping. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 119–140). Oxford University Press

Wenar, C., & Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology: from infancy through adolescence* (4th ed.). McGraw-Hill.

WHO, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Wilkinson-Ryan, T. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528–541. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>

Wong, E. A., Dirghangi, S. R., & Hart, S. R. (2019). Self- concept clarity mediates the effects of adverse childhood experiences on adult suicide behavior, depression, loneliness, perceived stress, and life distress. *Self and Identity*, 18 (3), 247-266. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1439096>

Yi, Z., Xu, R., Zhao, K., & Li, K. (2012). Television news coverage of obesity in China, 1982–2009. *Biomedical and Environmental Sciences*, 25, 325–333. <http://dx.doi.org/10.3967/0895-3988.2012.03.011>

10. Anexo de tabelas

Tabela 6:
Coeficientes de regressão e erros padrão para o modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ

Antecedentes	M ₁ (Est_Auto)			M ₂ (FC)			Y (GHQ)							
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p					
X (Clareza)	a1	.39	.03	<.001	a2	.19	.06	<.01	c'	.25	.02	<.001		
M1 (Est_Auto)	-	-	-			.93	.07	<.001	b1	.01	.03	.569		
M2 (FC)	-	-	-			-	-	-	b2	.08	.01	<.001		
Constant	im1	-0.66	.27	<.01	im2	-0.94	.40	<.05	iy	.21	.14	.122		
Género		-.28	.07	<.001		-.36	.10	<.001		-.15	.03	<.001		
IMC		.08	.01	<.001		.05	.01	<.001		-.01	.01	.342		
			N = 410; R ² = .34						N = 410; R ² = .50					
			F(3,406) = 70.328, p < .001						F(4, 405) = 103.312, p < .001			F(5, 404) = 76.660, p < .001		

Nota: * p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001; Est_auto- Estigma Internalizado do Peso; GHQ- Problemas Gerais de Saúde Mental; FC-Fusão Cognitiva com o peso; IMC- Índice de Massa Corporal

Tabela 7:
Coeficientes de regressão e erros padrão para o modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-DS

Antecedentes	M ₁ (Est_Auto)			M ₂ (FC)			Y (GHQ_DS)							
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p					
X (Clareza)	a1	.39	.03	<.001	a2	.19	.06	<.01	c'	.22	.02	<.001		
M1 (Est_Auto)	-	-	-			.93	.07	<.001	b1	.01	.03	.636		
M2 (FC)	-	-	-			-	-	-	b2	.04	.02	.053		
Constant	im1	-.66	.27	<.05	im2	-.94	.40	<.05	iy	.68	.18	<.001		
Genero		-.28	.07	<.001		-.36	.10	<.001		-.06	.04	.161		
IMC		.08	.01	<.001		.05	.01	<.001		-.01	.01	.222		
			N = 410; R ² = .34						N = 410; R ² = .50					
			F(3,406) = 70.328, p < .001						F(4,405) = 103,312, <.001			F(5, 404) = 24.554, p <.001		

Nota: * p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001 ; Est_auto- Estigma Internalizado do Peso; GHQ- DS Sifunção Social dos Problemas Gerais de Saúde Mental; FC-Fusão Cognitiva com o peso; IMC- Índice de Massa Corporal

Tabela 8:

Coeficientes de regressão e erros padrão para o modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-DG

Antecedentes	M ₁ (Est_auto)			M ₂ (FC)			Y (GHQ_DG)					
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p			
X (Clareza)	a1	.39	.03	<.001	a2	.19	.06	<.01	c'	.33	.03	<.001
M1 (Est_auto)	-	-	-			.93	.07	<.001	b1	.01	.04	.911
M2 (FC)	-	-	-			-	-	-	b2	.08	.02	<.001
Constant	im1	-66	.27	<.05	im2	-94	.40	<.05	i _y	-.33	.19	.095
Genero		-.28	.07	<.001		-.36	.10	<.001		-.08	.05	<.120
IMC		.08	.01	<.001		.05	.01	<.001		-.01	.01	.426
			N = 410; R ² = .34			N = 410; R ² = .50			N = 410; R ² = .38			
			F(3,406) = 70.328, p < .001			F(4,405) = 103.312, p < .001			F(5, 404) = 49.701, p < .001			

Nota: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$; Est_auto- Estigma Internalizado do Peso; GHQ- DG Depressão Grave dos Problemas Gerais de Saúde Mental; FC-Fusão Cognitiva com o peso; IMC- Índice de Massa Corporal

Tabela 9:

Coeficientes de regressão e erros padrão para o modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-AI

Antecedentes	M ₁ (Est_auto)			M ₂ (FC)			Y (GHQ_AI)					
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p			
X (Clareza)	a1	.39	.03	<.001	a2	.19	.06	<.05	c'	.30	.03	<.001
M1 (Est_auto)	-	-	-			.93	.07	<.001	b1	.01	.05	.947
M2 (FC)	-	-	-			-	-	-	b2	.15	.02	<.001
Constant	im1	-0.66	.27	<.05	im2	-0.94	.40	<.05	i _y	-.39	.23	.095
Genero		-.28	.07	<.001		-.36	.10	<.001		-.28	.06	<.001
IMC		.08	.01	<.001		.05	.01	<.001		-.01	.01	.377
			N = 410; R ² = .34			N = 410; R ² = .50			N = 410; R ² = .40			
			F(3,406) = 70.328, p < .001			F(4,405) = 103.312, p < .001			F(5, 5, 404) = 54.525, p < .001			

Nota: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$; Est_auto- Estigma Internalizado do Peso; GHQ- AI Ansiedade e Insónia dos Problemas Gerais de Saúde Mental; FC-Fusão Cognitiva com o peso; IMC- Índice de Massa Corporal

Tabela 10:

Coeficientes de regressão e erros padrão para o modelo de mediação CS>EI-FC>GHQ-SS

Antecedentes	M ₁ (Est_auto)			M ₂ (FC)			Y (GHQ-SS)					
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p			
X (Clareza)	a1	.39	.03	<.001	a2	.19	.06	<.05	c'	.17	.02	<.001
M1 (Est_auto)	-	-	-			.93	.07	<.001	b1	.04	.03	.197
M2 (FC)	-	-	-			-	-	-	b2	.04	.01	<.05
Constant	im1	-0.66	.27	<.05	im2	-0.94	.40	<.05	i _y	.13	.15	.397
Genero		-.28	.07	<.001		-.36	.10	<.001		-.17	.04	<.001
IMC		.08	.01	<.001		.05	.01	<.001		-.01	.01	.695
			N = 410; R ² = .34				N = 410; R ² = .50				N = 410; R ² = .40	
			F(3,406) = 70.328, p < .001				F(4,405) = 103.312, p < .001				F(5,404) = 36.268, p < .001	

Nota: * p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001; Est_auto- Estigma Internalizado do Peso; GHQ- SS Sintomas Somáticos dos Problemas Gerais de Saúde Mental; FC-Fusão Cognitiva com o peso; IMC- Índice de Massa Corporal

Tabela 11:

Coeficientes de regressão e erros padrão para o modelo de mediação CS>EP-FC>GHQ

Antecedentes	M ₁ (Est_med)			M ₂ (FC)			Y (GHQ)					
	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p			
X (Clareza)	a1	.38	.04	<.001	a2	.22	.06	<.001	c'	.26	.22	<.001
M1 (Est_med)	-	-	-			.88	.06	<.001	b1	-.01	.02	.752
M2 (FC)	-	-	-			-	-	-	b2	.09	.01	<.001
Constant	im1	-1.94	.29	<.001	im2	.142	.41	.732	i _y	.20	.14	.166
Genero		-.29	.07	<.001		-.36	.10	<.001		-.15	.03	<.001
IMC		.14	.01	<.001		.01	.01	.821		-.01	.01	.538
			N = 410; R ² = .41				N = 410; R ² = .51				N = 410; R ² = .48	
			F(3,406) = 96.074, p < .001				F(4,405) = 106.676, p < .001				F(5,404) = 76.573, p < .001	

Nota: * p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001; Est_med- Estigma Percebido do Peso; GHQ Problemas Gerais de Saúde Mental; FC-Fusão Cognitiva com o peso; IMC- Índice de Massa Corporal

11. Anexo de questionários

Questionários aplicados no estudo e texto de introdução que acompanhava os mesmos.

Olá, antes de começares a responder a este questionário, que é anónimo, quero agradecer-te o facto de o fazeres.

Estás a participar num projeto de investigação científica que faz parte da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

A tua colaboração neste estudo é confidencial e se não quiseres continuar a responder podes desistir a qualquer momento.

Não existem respostas certas ou erradas, pretendo apenas que respondas com a maior sinceridade.

Se quiseres saber mais e/ou ter acesso aos resultados finais do estudo, podes contactar-me através do seguinte correio eletrónico: a321@ualg.pt

Obrigada!

Tomei conhecimento e compreendi a informação apresentada por escrito e aceito, de livre vontade, participar neste estudo e preencher o questionário que se segue.

Sim, aceito Não, não aceito

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino Feminino

Altura: _____ mt

Peso atual: _____ kg

Ano de escolaridade: _____ ° ano

Instruções:

Lê atentamente as perguntas. Gostaria de saber como te tens sentido, ao nível da saúde, nas últimas semanas. Responde a todas as perguntas assinalando com uma cruz a resposta que escolheres. Pretendo conhecer os problemas mais recentes e atuais, e não os que pertencem ao passado. Qualquer resposta é válida.

Ultimamente...

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. Tens-te sentido perfeitamente bem de saúde? | | | |
| <input type="checkbox"/> Melhor que o costume | <input type="checkbox"/> O mesmo que o costume | <input type="checkbox"/> Pior que o costume | <input type="checkbox"/> Muito pior que o costume |
| 2. Tens sentido que precisas de um tónico ou de umas vitaminas? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 3. Tens-te sentido muito cansado(a) e sem forças para nada? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 4. Tens-te sentido doente? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 5. Tens tido dores de cabeça? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 6. Tens tido uma sensação de pressão na cabeça, ou que a cabeça vai explodir? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 7. Tens tido afrontamentos ou calafrios? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 8. Tens perdido o sono devido a preocupações? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 9. Depois de adormeceres, acordas várias vezes? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 10. Tens-te sentido sobrecarregado(a) e sob tensão? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 11. Tens-te sentido irritável e de mau humor? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 12. Tens-te sentido assustado(a) ou entrado em pânico sem razão aparente? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 13. Tens tido a sensação de que “te caí tudo em cima”? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |
| 14. Tens-te sentido constantemente nervoso(a) e “prestes a explodir”? | | | |
| <input type="checkbox"/> De modo nenhum | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito |

15. Tens conseguido manter-te ativo(a) e ocupado(a)?

- Mais ativo(a) que o costume Igual ao costume Menos que o costume Muito menos que o costume

16. Tens levado mais tempo a fazer as coisas?

- De modo nenhum Pouco Bastante Muito

17. Achas que, de um modo geral, tens feito bem as coisas?

- Melhor que o costume Mais ou menos o mesmo que o costume Pior que o costume Muito pior que o costume

18. Tens-te sentido satisfeito(a) com a forma como tens feito as coisas?

- Mais satisfeito(a) que o costume Mais ou menos igual que o costume Menos satisfeito(a) que o costume Muito menos satisfeito(a) que o costume

19. Tens sentido que estás a ter um papel útil na vida?

- Mais vezes que o costume Igual que o costume Menos útil que o costume Muito menos útil que o costume

20. Tens-te sentido capaz de tomar decisões?

- Mais que o costume Igual que o costume Menos que o costume Muito menos que o costume

21. Tens sido capaz de aproveitar as coisas normais do dia-a-dia?

- Mais que o costume Igual que o costume Menos que o costume Muito menos que o costume

22. Pensas que és uma pessoa sem valor?

- De modo nenhum Pouco Bastante Muito

23. Tens vivido a vida sem nenhuma esperança?

- De modo nenhum Pouco Bastante Muito

24. Tens sentido que a vida já não vale a pena?

- De modo nenhum Pouco Bastante Muito

25. Tens pensado na hipótese de cometer suicídio?

- Nunca Acho que não Já me passou pela cabeça Sim, sem dúvida

26. Às vezes não consegues fazer nada por causa dos nervos?

- De modo nenhum Pouco Bastante Muito

27. Tens dado contigo a desejar estar morto(a) e longe de tudo?

- De modo nenhum Pouco Bastante Muito

28. Tens notado que a ideia de acabar com a tua vida está sempre a surgir-te na cabeça?

- Nunca Acho que não Já me passou pela cabeça Sim, sem dúvida

Instruções:

Em baixo, encontrarás uma lista de afirmações. Por favor, classifica o quanto é verdadeira para ti cada uma delas rodeando, para esse efeito, um dos números que se encontra em frente a cada frase. Responde, por favor, usando a seguinte escala.

Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro
1	2	3	4	5	6	7

		Nunca verdadeiro		Sempre verdadeiro				
F 1	Os meus pensamentos em relação ao meu peso perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
F 2	Fico tão enredado/a (preso/a), nos meus pensamentos em relação ao meu peso que me torno incapaz de fazer as coisas que mais quero fazer.	1	2	3	4	5	6	7
F 3	Analiso em excesso as situações associadas ao meu peso, até ao ponto em que isso já não é importante para mim (por exemplo, conversas com os meus amigos, situações académicas ou no trabalho).	1	2	3	4	5	6	7
F 4	Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca do meu peso.	1	2	3	4	5	6	7
F 5	Fico chateado(a) comigo mesmo(a) por ter certos pensamentos em relação ao meu peso.	1	2	3	4	5	6	7
F 6	Tendo a deixar-me enredar (prender) pelos meus pensamentos sobre o meu peso.	1	2	3	4	5	6	7
F 7	Sinto muita dificuldade em “largar” os meus pensamentos “perturbadores”, relacionados com o meu peso, mesmo quando sei que seria mais vantajosos fazê-lo (largar os pensamentos).	1	2	3	4	5	6	7

Instruções:

Agora pedimos-te que coloques uma cruz em cima do número que melhor traduzir a resposta que queres dar. O número (1) traduz a resposta “discordo totalmente”, o número (2) traduz a resposta “discordo”, o número (3) refere-se a “não concordo nem

discordo”, com o número (4) deverás querer responder “concordo” e com o número (5) “concordo totalmente”. Não há respostas certas ou erradas.

		Discordo Totalmente			Concordo totalmente	
S1	As minhas crenças relativamente a mim mesmo(a) entram frequentemente em conflito umas com as outras.	1	2	3	4	5
S2	Num dia posso ter uma opinião acerca de mim mesmo(a) e noutro dia posso ter uma opinião diferente	1	2	3	4	5
S3	Passo muito tempo a querer saber que tipo de pessoa é que realmente sou.	1	2	3	4	5
S4	Às vezes sinto que não sou realmente a pessoa que aparento ser.	1	2	3	4	5
S5	Quando penso acerca do tipo de pessoa que fui no passado, não tenho a certeza de como eu era realmente.	1	2	3	4	5
S6	Raramente experimento conflitos entre os diferentes aspetos da minha maneira de ser.	1	2	3	4	5
S7	Às vezes penso que conheço melhor outras pessoas do que me conheço a mim mesmo(a).	1	2	3	4	5
S8	As minhas crenças relativamente a mim mesmo(a) parece que mudam muito frequentemente.	1	2	3	4	5
S9	Se me pedissem para descrever a minha maneira de ser, a minha descrição podia mudar de um dia para o outro.	1	2	3	4	5
S10	Mesmo que quisesse, acho que não conseguiria dizer a ninguém como realmente sou.	1	2	3	4	5
S11	Em geral, eu tenho uma perceção clara de quem sou e do que sou.	1	2	3	4	5
S12	É frequentemente difícil para mim tomar decisões, pois normalmente não sei o que quero.	1	2	3	4	5

Instruções:

Em baixo encontra-se uma lista de afirmações. Por favor, assinala o quanto concordas com cada afirmação. Usa a seguinte escala para fazeres a tua escolha colocando na resposta o número que melhor traduz o que pensas:

1 = Discordo totalmente

4= Concordo

2= Discordo

5= Concordo totalmente

3= Não concordo nem discordo

		Discordo Totalmente					Concordo totalmente
		1	2	3	4	5	
E1	1. Volto sempre a ter excesso de peso.	1	2	3	4	5	
E2	2. Eu causei os meus problemas com o peso.	1	2	3	4	5	
E3	3. Sinto-me culpado(a) por causa dos meus problemas com o peso.	1	2	3	4	5	
E4	4. Tenho peso a mais/ excesso de peso porque sou uma pessoa fraca.	1	2	3	4	5	
E5	5. Se eu fosse mais forte nunca teria nenhum problema com o peso.	1	2	3	4	5	
E6	6. Não tenho autocontrolo suficiente para manter um peso saudável.	1	2	3	4	5	
E7	7. Sinto-me inseguro(a) em relação às opiniões dos outros acerca de mim.	1	2	3	4	5	
E8	8. As pessoas discriminam-me porque eu tive problemas com o peso.	1	2	3	4	5	
E9	9. As pessoas que nunca tiveram problemas com o peso têm dificuldade em compreender-me.	1	2	3	4	5	
E10	10. Os outros vão pensar que eu tenho falta de autocontrolo por causa dos meus problemas com o peso.	1	2	3	4	5	
E11	11. As pessoas acreditam que sou culpado(a) pelos meus problemas com o peso.	1	2	3	4	5	
E12	12. Os outros têm vergonha de estar perto de mim devido aos meus problemas com o peso.	1	2	3	4	5	

