



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Kevin Tiago de Castro Ramos

**TERAPIA FOCADA NA COMPAIXÃO NA
PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE SOCIAL EM
ADOLESCENTES:
MECANISMOS DE MUDANÇA**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde orientada pela Professora Doutora Maria do Céu Salvador e co-orientada pela Professora Doutora Paula Vagos, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2022

Declaração de integridade.

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Enquadramento institucional.

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto estratégico do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) (UIDB/00730/2020).

Resumo

A Terapia Focada na Compaixão (TFC) contribuiu para o bem-estar psicológico em várias populações, mas é escassa a evidência sobre a sua eficácia no tratamento da Perturbação da Ansiedade Social (PAS) em adolescentes. Os mecanismos subjacentes aos eventuais ganhos terapêuticos também não são claros. Este trabalho apresenta dados preliminares sobre a eficácia e mecanismos de mudança da TFC aplicada online a 21 adolescentes (57.1% raparigas) com PAS, com idades entre os 15 e 18 anos. A intervenção CTF@TeenSAD consiste em 10 sessões e 90 minutos (uma por semana). Apesar de o programa não ter produzido uma diminuição significativa ao nível da Ansiedade Social, houve uma diminuição do Evitamento Social. Os dados sugerem que os ganhos terapêuticos observados poderão ser explicados por mecanismos específicos da TFC (aumento da autocompaixão e diminuição da vergonha externa e autocrítico). A promoção de atitudes e competências compassivas parece constituir uma abordagem promissora no contexto da PAS em adolescentes.

Palavras-chave: terapia focada na compaixão, perturbação de ansiedade social, adolescência, eficácia, mecanismos de mudança

Abstract

Compassion Focused Therapy (CFT) has contributed to the psychological well-being of various populations, but limited evidence exists on its therapeutic gains for Social Anxiety Disorder (SAD) in adolescence. Furthermore, the mechanisms of change behind its therapeutic effects are clear. This study presents preliminary data regarding the efficacy and mechanisms of change of an online CFT program that was applied to 21 adolescents diagnosed with SAD (57.1% girls) between the ages of 15 and 18. The intervention CFT@TeenSAD consists of 10 long weekly sessions (approximately 90 minutes each). Although the program couldn't produce a significant decrease in social anxiety, there was a significant decrease in the levels of social avoidance. The data suggests that the observed

therapeutic effects could be attributed CFT-specific mechanisms (the increase in self-compassion and the decrease in external shame and self-criticism). The promotion of compassionate skills and self-attitudes might be a promising approach to treat SAD in adolescents.

Keywords: compassion focused therapy, social anxiety disorder, adolescence, efficacy, mechanisms of change

Perturbação de Ansiedade Social na Adolescência

A Perturbação de Ansiedade Social (PAS) é caracterizada pela ansiedade intensa em situações sociais nas quais o indivíduo possa ser escrutinado, humilhado, ridicularizado, julgado ou, no geral, ser avaliado negativamente pelos outros (American Psychiatric Association [APA], 2014). A PAS tende a desenvolver-se na adolescência (Rosellini et al., 2013), e a prevalência nesta faixa etária, em Portugal, é de aproximadamente 9.1% (Merikangas et al., 2010). A maior prevalência do diagnóstico de PAS nesta faixa etária poderá dever-se a razões relacionadas com o desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico, bem como a exposição a uma ampla gama de contextos sociais novos (Ranta et al., 2015).

A nível cognitivo, é na adolescência que se desenvolvem processos associados à etiologia e manutenção da perturbação como a autoconsciência, autorreflexão, tomada de perspectiva e metacognição (Lerner & Steinberg, 2009). A nível socioemocional, a adolescência é uma fase pautada pelo aumento da importância atribuída à aprovação por pares e grupos, pelas “pressões sociais”, pelas expectativas sobre o funcionamento autónomo, e pelos “medos sociais”. É também na adolescência que surgem as primeiras relações amorosas e sexuais (Ranta et al., 2015), e as alterações a nível físico têm igualmente fortes implicações, já que o próprio nível estético começa a ser mais valorizado por esta altura (Lerner et al., 1991).

Estas mudanças interagem entre si, podendo vulnerabilizar os adolescentes a desenvolver PAS. Esta fase é marcada pelo envolvimento em contextos sociais nunca antes experienciados, muitas vezes percebidos como avaliativos (e.g. ambientes educacionais, vocacionais e recreacionais), bem como por um aumento da importância atribuída à aprovação e aceitação pelos pares e (Steinberg, 2019). O desenvolvimento de competências cognitivas que permitem a tomada de consciência de características indesejadas (e.g.

mudanças físicas típicas da adolescência) ou défices no desempenho, potenciam o recurso a estratégias que pretendem diminuir a probabilidade de se ser avaliado negativamente e rejeitado. Dentre elas estão estratégias encobertas (e.g. autofócus [Clark & Wells, 1995] e autocriticismo [Cox et al., 2002]), e estratégias manifestas (e.g. comportamentos de segurança e evitamento [Clark & Wells, 1995]). Estas estratégias, no entanto, podem servir como fatores de manutenção ou exacerbação dos medos sociais.

Há evidência robusta de que, na adolescência, comportamentos de evitamento (e.g. isolamento social e evitamento de atividades escolares e extracurriculares que envolvam interações sociais e contextos avaliativos) estão associados ao início e manutenção da PAS (Teo et al., 2013). Estes comportamentos contribuem para que os adolescentes não passem pelos desafios desenvolvimentais desta fase do ciclo de vida (Hofmann & DiBartolo, 2000) - como o desenvolvimento de uma rede de suporte social, e treino de competências de assertividade e autonomia - levando a potenciais défices numa ampla gama de competências sociais e do funcionamento académico e ocupacional (Alden & Taylor, 2004; Bruch et al., 2003). Por exemplo, a ansiedade social está associada a um menor número de amigos, amizades menos íntimas, níveis inferiores de aceitação pelos pares e interações mais negativas com colegas (Erath et al., 2007; García-López et al., 2011; Greco & Morris, 2005; La Greca & Harrison, 2005; La Greca & Lopez, 1998; Ranta et al. 2009, 2012). Quando não é tratada, a PAS tende a permanecer na idade adulta, e está associada ao desenvolvimento de perturbações comórbidas, como a perturbação do uso substâncias e a perturbação depressiva major (Koyuncu et al., 2019).

Dado o curso e impacto da PAS na adolescência, importa aprofundar o conhecimento sobre a PAS na adolescência, nomeadamente no que se refere aos fatores que a mantêm e que, portanto, podem ser vias de modificar o seu curso. No âmbito do modelo focado na compaixão, previamente aplicado à intervenção na PAS em adultos (Boersma et al., 2015),

estes fatores seriam o autocrítico, a falta de autocompaixão e a vergonha (Stevenson et al., 2019).

O autocrítico pode ser definido como a expressão de desprezo ou ódio dirigido por um indivíduo a si próprio (Gilbert et al., 2004) numa atitude de desvalorização, hostilidade e punição (Smart et al., 2016). O autocrítico é uma estratégia de autocorreção frequente em contextos em que os sujeitos se sintam ou sejam explicitamente rejeitados ou julgados (Werner et al., 2012), de forma a tentar prevenir futuros erros (Gilbert, 1997). Este partilha substratos neuronais envolvidos no “processamento e resolução de erros” e consequente recurso a processos de inibição (Longe et al., 2010) e está associada à ativação do “sistema de ameaça” (Gilbert & Proctor, 2006), que produz sintomas de ansiedade. Este sistema tem como função principal a deteção de potenciais perigos e o incentivo ao acionamento de estratégias de proteção contra tais perigos. O foco na deteção do perigo leva ao processamento da informação numa perspetiva “melhor prevenir que remediar”, o que pode levar a enviesamentos atencionais (e.g. atenção seletiva a pistas que confirmem a presença de perigo) ou cognitivos (tirar conclusões precipitadas, sem abertura para interpretações alternativas) (Gilbert, 2009).

Associada ao autocrítico surge a vergonha: uma atitude cognitivo-emocional negativa inferiorizante e de desvalorização do “eu” (Muris, 2015), que tem como função a sinalização de aspetos a esconder ou a eliminar (Gilbert, 1997). A vergonha externa é um subtipo de vergonha referente à perceção de que o sujeito é avaliado negativamente ou desvalorizado pelos outros, ao contrário da vergonha interna, que se refere à vergonha advinda das perceções e atitudes do sujeito sobre ele próprio (Gilbert, 2010).

Por outro lado, a autocompaixão é referida como o “antídoto” do autocrítico (Neff, 2003a). A compaixão tem como componentes fundamentais a consciência plena do sofrimento de alguém acompanhada pela motivação em o aliviar (Gilbert, 2010). A

autocompaixão é a adoção dessa postura para com nós mesmos, numa atitude de aceitação e de calor em relação a características indesejadas do “eu”, sofrimento, inadequações ou fracassos (Neff, 2003a). A autocompaixão partilha substratos neuronais envolvidos na expressão de compaixão e empatia aos outros (Longe et al., 2010), e está associada à ativação do sistema de afiliação ou contentamento (ou sistema de *soothing*) (Gilbert, 2009). Este sistema tem como função principal regular os sistemas de ameaça e de *drive*, proporcionando sentimentos de calma, tranquilidade e bem-estar em momentos em que o organismo não tem de estar atento a perigos e quando tem recursos suficientes (Gilbert, 2009).

Estes três construtos – autocrítico, vergonha e autocompaixão - são considerados processos transdiagnósticos que influenciam a etiologia, manutenção e intervenção em várias perturbações mentais (Cuppige et al., 2017; Schanche, 2013), estando o autocrítico (Werner et al., 2019) e a vergonha (Goffnett et al., 2020) associados à psicopatologia e problemas comportamentais e a autocompaixão associada à saúde mental (MacBeth & Gumley, 2012). Existem, também, vários estudos sobre a associação entre estes construtos e a PAS (e os seus processos específicos), bem como sobre o eventual papel desses construtos na etiologia da perturbação e a eficácia de determinadas intervenções focadas na compaixão.

O autocrítico tem uma associação positiva robusta com a ansiedade social em adultos (Cox et al., 2004; Lazarus & Shahar, 2018; Shahar et al., 2014) e foi identificado como um fator de risco para o desenvolvimento da perturbação (Cuppige et al., 2017; Schanche, 2013). Por exemplo, Cox et al. (2000) verificaram que sujeitos com PAS têm um autocrítico, em média, três vezes superior em relação aos sujeitos com Perturbação de Pânico. Há evidência de que a vergonha também tem um papel importante na etiologia e manutenção da ansiedade social (Fergus et al., 2010; Hedman et al., 2013; Schuster et al., 2021; Swee et al., 2021), para além de estar associada a fatores como o processamento pós-situacional (ou autópsia) e crenças de inadequação social (Crozier, 2001). A hipótese de que

a vergonha é um fator importante da PAS também é reforçada por estudos que revelaram um alívio nos sintomas após a realização de intervenções focadas na diminuição da vergonha, em adultos (Boersma et al., 2015; Cândia & Szentágotai-Tătar, 2018). Por sua vez, a autocompaixão está negativamente associada à ansiedade social em adultos (Hayes et al., 2016; Werner et al., 2012) e adolescentes (Gill, 2018), e foi considerada um fator protetor contra a PAS (Cuppige et al., 2017; Schanche, 2013). A autocompaixão está, igualmente, negativamente associada a processos estabelecidos na literatura como centrais na manutenção da perturbação, como o processamento pós-situacional (ou “autópsia”) (Blackie & Kocovski, 2018) e a ansiedade antecipatória (Harwood & Kocovski, 2017), na população adulta.

Assim sendo, estes processos poderão ser úteis na modificação do curso da PAS, tendo por base a Terapia Focada na Compaixão (TFC; Gilbert, 2009) que foi especialmente desenvolvida para intervir nestes construtos. A TFC tem como foco principal a diminuição do autocrítico e da vergonha e o aumento da compaixão – nomeadamente, da autocompaixão - de forma a regular a sobreativação do sistema de ameaça e a ativar o sistema de afiliação e segurança. A compaixão dirigida a si próprio é uma competência treinável que pode aliviar alguns dos sintomas da PAS (Arch et al., 2014; Bates et al., 2020; Boersma et al., 2015; Siegel & Kocovski, 2020; Stevenson et al., 2019) bem como contrariar processos de manutenção desses sintomas, como a “autópsia” da situação (Blackie & Kocovski, 2018), a ansiedade antecipatória (Harwood & Kocovski, 2017) e a vergonha (Cândia & Szentágotai-Tătar, 2018). A redução do autocrítico também parece levar à redução da ansiedade social, após uma intervenção cognitivo-comportamental (Cox et al., 2002).

Uma metanálise de Kirby et al. (2017) e uma revisão sistemática de Leaviss e Uttley (2014) demonstraram que a TFC é uma modalidade potencialmente eficaz na intervenção em várias perturbações mentais, (e.g. Perturbação Depressiva Major e Perturbações Alimentares) em adultos, nomeadamente através do aumento dos níveis de autocompaixão (Kirby et al.,

2017) e diminuição dos níveis de ansiedade e autocrítico (Leaviss & Uttley, 2014), embora mais estudos sejam necessários para concretizar os mecanismos de mudança subjacentes a estas intervenções.

Existe, em específico, evidência da eficácia da TFC no contexto da PAS, tendo esta sido demonstrada por Gharraee et al. (2018) através de um Ensaio Controlado com Aleatorização (ECA) que a TFC é eficaz na redução de sintomas de PAS, níveis de vergonha e autocrítico e no aumento da qualidade de vida de adultos com PAS. Apesar de Stevenson et al. (2019) terem verificado uma diminuição dos sintomas de ansiedade social em adultos após uma intervenção de duas semanas baseada na compaixão (embora não fosse explicitamente TFC), esta diminuição não pareceu ter sido mediada pelas mudanças registadas na autocompaixão e autocrítico. Estes resultados sugerem que as intervenções baseadas na compaixão – no contexto da ansiedade social – poderão operar através de efeitos inespecíficos do tratamento, ao invés de elementos específicos da prática da autocompaixão.

Assim, embora evidência prévia sustente a relevância dos construtos e intervenção baseada na compaixão para alterar o curso da PAS, mais estudos são necessários para podermos estabelecer a TFC como um tratamento eficaz, particularmente na PAS em adolescentes. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe nenhum estudo sobre a eficácia da TFC em adolescentes diagnosticados com PAS, não obstante a evidência de uma associação negativa forte entre a autocompaixão e a ansiedade social numa amostra de adolescentes (Gill et al., 2018). Por outro lado, mesmo em amostra de adultos, não é claro quais os processos subjacentes à eficácia das intervenções focadas na compaixão, nomeadamente, se a mudança no autocrítico, autocompaixão e vergonha são os fatores responsáveis pelas mudanças nos sintomas de ansiedade social.

Com este estudo, procurámos testar (1) a eficácia da TFC enquanto estratégia de intervenção para a PAS na população adolescente e (2) de que forma os eventuais ganhos

terapêuticos na ansiedade social e evitamento social seriam atribuíveis a mudanças a nível dos processos desse modelo teórico. Dada a evidência prévia da eficácia da TFC em adultos numa ampla gama de perturbações (Leaviss & Uttley, 2014) e, em particular, na PAS em adultos (Boersma et al., 2015; Gharraee et al., 2018), é expectável que sejam encontradas diferenças do pré- ao pós-intervenção também em adolescentes com PAS, com diminuição da ansiedade social, do evitamento social, da autocrítica e da vergonha, e aumento dos níveis de autocompaixão. Acresce que, face à evidência disponível que mostra uma relação entre os construtos de autocrítico, autocompaixão e vergonha, por um lado, e a ansiedade social, por outro (Hayes, et al., 2016; Lazarus & Shahr, 2018; Swee et al., 2021), hipotetizamos que a mudança na autocrítica, vergonha e autocompaixão explique a mudança nos sintomas do pré- ao pós-intervenção.

Metodologia

Este trabalho realizou-se com base em dados recolhidos no âmbito do projeto *TeenSAD: Changing the Course of Social Anxiety in Adolescence* (ClinicalTrials.gov Identificador: NCT04979676). O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), e consistiu num Ensaio Clínico Aleatorizado, usando como grupo de controlo os sujeitos em “lista de espera”.

Foram contactadas várias escolas de todo o país, a fim de obter as autorizações das suas respetivas direções para fazer a recolha da amostra. As 12 escolas interessadas no projeto enviaram fichas de consentimento informado aos encarregados de educação e alunos dos 10º e 11º anos, com uma caracterização detalhada do estudo em questão, nomeadamente sobre a possibilidade de desistência em qualquer momento da investigação e a confidencialidade dos dados. Os alunos interessados que obtiveram a autorização dos pais (982 adolescentes entre os 15 e 18 anos de idade) preencheram o primeiro inquérito online: a

versão portuguesa da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (Cunha et al., 2004). Aqueles que pontuaram mais de um desvio-padrão acima da média referente aos dados normativos da população portuguesa para a “pontuação total” do instrumento (255 alunos) foram convidados a prosseguir para a próxima fase de avaliação. Dos 195 contactados após a primeira fase, 5 rejeitaram prosseguir e 190 responderam à versão portuguesa do Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents – Mini-KID (Sheehan et al., 2010; Versão portuguesa autorizada de Rijo et al., 2016), conduzida por psicólogos clínicos experientes. Os resultados desta entrevista serviram de critérios de inclusão e exclusão na participação da fase de intervenção (i.e., seleção dos participantes do estudo). Para cumprir os critérios de inclusão, os sujeitos teriam de ter idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos no momento da entrevista e um diagnóstico primário de PAS (DSM-5; APA, 2014). Necessidades educativas especiais, a presença de sintomas psicóticos e risco de suicídio constituíam critério de exclusão. Dos 79 adolescentes que cumpriram os critérios de inclusão, 22 foram convidados a participar no grupo experimental referente à intervenção CFT. Tendo-se verificado um dropout, a amostra final incluiu 21 adolescentes .

Após obtido o consentimento informado dos pais e a autorização dos adolescentes, estes foram alocados à condição de intervenção pela investigadora responsável. Neste trabalho, apenas a intervenção *CFT@TeenSAD* será abordada.

O manual de intervenção *CFT@TeenSAD* (Salvador et al., 2020) foi criado no âmbito do projeto de investigação *TeenSAD: Changing the Course of Social Anxiety in Adolescence* (ClinicalTrials.gov Identificador: NCT04979676). A intervenção consiste em 10 sessões individuais, cada uma com 75 minutos de duração, conduzidas online, com base numa intervenção focada na compaixão (TFC). Foram também conduzidas duas sessões de reforço (*booster sessions*), um e dois meses depois do fim da intervenção, cujos dados não foram incluídos neste trabalho. O protocolo tem como objetivo fundamental ensinar o adolescente a

desenvolver uma mente compassiva, utilizando a autocompaixão e o sistema de tranquilização ao qual está associada para regulação emocional, no sentido de ultrapassar as dificuldades relacionadas com a ansiedade social. O CFT@TeenSAD é um programa estruturado que inclui quatro módulos: (a) A mente de acordo com a TFC, (b) Promoção do eu-compassivo e de competências para uma mente compassiva, (c) Prática de comportamento compassivo, e (d) Últimas notas e continuar numa viagem compassiva. Cada um inclui conteúdo psicoeducativo relativo à temática abordada e exercícios práticos. O papel do terapeuta é o de desenvolver uma relação terapêutica calorosa e segura, através da qual os adolescentes são ajudados a desenvolver motivação para praticar a compaixão dirigida ao próprio e investir no bem-estar.

As variáveis em estudo foram avaliadas em dois momentos: momento T1 (pré-intervenção) e T2 (pós-intervenção). Estas variáveis foram: (1) a ansiedade e evitamento do adolescente em situações sociais, (2) a autocompaixão, (3) a vergonha externa e (4) o autocrítico, recorrendo às respetivas escalas de autorresposta.

Amostra

A amostra era constituída por 21 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e 18 anos, cujas características sociodemográficas se encontram detalhadas no quadro 1. A maioria dos participantes eram do sexo feminino (57.1%), do 11º ano de escolaridade (52.4%), de famílias de nível socioeconómico (NSE) médio (47.6%) e que nunca foram alvo de intervenção psicológica (47.6%). Rapazes e raparigas apresentavam idades médias, distribuições por anos escolares e NSE semelhantes ($t_{(19)} = -1.52, p = .17$, $[\chi^2_{(2)} = 3.51, p = .17]$ e $[\chi^2_{(2)} = 1.72, p = .42]$ respetivamente). Apesar de os rapazes e raparigas terem recebido, em média, números de diagnósticos semelhantes [$t_{(19)} = 1.31, p = .21$], os rapazes tenderam a ter mais intervenções psicológicas prévias [$\chi^2_{(2)} = 8.76, p = .03$], particularmente por sintomas de ansiedade, incluindo ansiedade social ($n = 3$).

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra: Idade, Escolaridade e NSE

	Amostra total	Raparigas	Rapazes
Tamanho da amostra (<i>n</i>)	21	12	9
Idade (anos) <i>M (DP)</i>	16.10 (0.94)	15.83 (0.84)	16.44 (1.01)
Ano Escolar			
10º ano (%)	42.9	58.3	22.2
11º ano (%)	52.4	41.7	66.7
12º ano (%)	4.8	0	11.1
Nível socioeconómico			
Baixo (%)	42.9	41.7	44.4
Médio (%)	47.6	41.7	55.6
Alto (%)	9.5	16.7	0
Nº de Diagnósticos <i>M (DP)</i>	1.48 (1.12)	1.75 (1.42)	1.11 (0.33)
Intervenção Psicológica Prévia			
Não (%)	47.6	75.00	11.11
Sim, por sintomas de ansiedade (%)	33.3	16.7	55.55
Sim, por sintomas depressivos (%)	4.8	0	11.11
Sim, por sintomas não-especificados (%)	14.3	8.3	22.23

Todos os participantes apresentaram o diagnóstico primário de PAS, estabelecido usando o Mini-KID (Sheehan et al., 2010; Versão autorizada de Rijo et al., 2016). Treze dos adolescentes (61.9%) não apresentaram qualquer outra perturbação comórbida, dois foram diagnosticados com Perturbação de Pânico (9.6%), um com Fobia Específica (4.8%) e um apresentava cinco diagnósticos além da PAS (4.8%; Perturbação de Stresse Pós-Traumático,

Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Pânico, Agorafobia e Perturbação Depressiva Major).

Instrumentos

Avaliação da elegibilidade

Mini-KID (Sheehan et al., 2010; Versão autorizada de Rijo et al., 2016)

O Mini-KID é uma entrevista estruturada que pretende avaliar um amplo leque de diagnósticos do eixo I em crianças e adolescentes, incluídas no DSM-5 (APA, 2014). O processo de avaliação consiste em responder a questões de sim/não relativas à presença de critérios de diagnóstico específicos para cada diagnóstico clínico. Este instrumento ajuda o clínico a estabelecer o diagnóstico primário do sujeito, a avaliar o grau de interferência da perturbação e o momento em que as dificuldades iniciaram. O acordo inter-avaliador, na versão original, foi excelente em todas as perturbações, exceto na distímia (Sheehan et al., 2010). A versão portuguesa foi criada através de uma tradução e retroversão cuidadosas e foi previamente utilizada enquanto método de diagnóstico (Rijo et al., 2016).

Instrumentos de autorresposta

Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA)

A Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA - Cunha, Pinto-Gouveia & Salvador, 2008) é constituída por 34 itens que representam situações sociais, avaliadas consoante o grau de ansiedade (subescala de Desconforto/ansiedade) e de evitamento (subescala de Evitamento) que provocam. As respostas variam entre 1 ("*nada ansioso*" e "*nunca evito*") a 5 ("*muitíssimo ansioso*" e "*evito quase sempre*"). Esta escala revelou boas características psicométricas, com um α de Cronbach de .91 e .87 e uma fidelidade teste-reteste de .74 e .71 (para as subescalas “Desconforto/ansiedade” e “Evitamento”, respetivamente) (Cunha et al., 2008).

Neste estudo, a subescala “Ansiedade” da EAESSA obteve índices de consistência interna de $\alpha = .972$ (momento T1) e $\alpha = .886$ (momento T2), e a subescala “Evitamento” teve índices de $\alpha = .946$ (momento T1) e $\alpha = .937$ (momento T2), pelo que rondaram entre valores “muito bons” e “excelentes”.

Escala de Autocompaixão para Adolescentes (SCS-A)

A Escala de Autocompaixão para Adolescentes (SCS-A; Cunha, Xavier, & Vitória, 2013) avalia três dimensões da Autocompaixão: (1) a tendência do adolescente para ser amável e compreensivo consigo próprio; (2) a visão da sua experiência como parte da experiência humana; e (3) a consciência e aceitação dos pensamentos e sentimentos dolorosos de forma “distanciada”. É constituída por 26 itens avaliados de 1 (“*Quase Nunca*”) a 5 (“*Quase Sempre*”), divididas pelas subescalas: Autocrítica, Calor/Compreensão, Condição Humana, Isolamento, Mindfulness e Sobreidentificação. Esta escala apresenta uma consistência interna razoável a boa (variando entre $\alpha = .69$ e $\alpha = .85$), uma estabilidade temporal e validade convergente adequadas. Para medir autocompaixão, os itens das subescalas Autocrítica, Isolamento e Sobreidentificação foram invertidos; pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de autocompaixão.

Neste estudo, as dimensões da SCS-A obtiveram índices de consistência interna que variaram entre $\alpha = .714$ (bom) e $\alpha = .926$ (excelente) - no momento T1 - e valores entre $\alpha = .834$ (muito bom) e $\alpha = .900$ (excelente) - no momento T2. Excetua-se a dimensão “Mindfulness” que obteve um valor de $\alpha = .503$ e $\alpha = .676$ nos momentos T1 e T2, respetivamente; sendo considerados inaceitáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Este fator não foi considerado nas análises subsequentes.

Escala de Vergonha Externa para Adolescentes (OASB-A)

A Escala de Vergonha Externa para Adolescentes – Versão Curta (Cunha, Xavier, Cherpe, & Pinto-Gouveia, 2014) mede o grau em que o adolescente perceciona avaliações

negativas relativas a si próprio por parte das pessoas que o rodeiam. Tem 8 itens pontuáveis entre 0 (“*Nunca*”) e 4 (“*Sempre*”); pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de vergonha externa. A escala apresenta uma consistência interna excelente ($\alpha = .930$), uma estabilidade temporal teste-reteste adequada ($r = .73$) e uma boa validade convergente e fatorial (Cunha et al., 2014).

Neste estudo, esta escala obteve índices de consistência interna excelentes: $\alpha = .929$ e $\alpha = .952$ nos momentos T1 e T2, respetivamente.

Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização para Adolescentes (FSCRS-A)

A Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização para Adolescentes (FSCRS-A; Silva, 2011) avalia o autocriticismo e a autotranquilização perante o fracasso e o erro através de 22 itens que são respondidos entre as pontuações 0 (“Não sou assim”) e 4 (“Sou extremamente assim”), divididos pelas dimensões (1) Eu Inadequado, (2) Eu Tranquilizador e (3) Eu Detestado. A escala possui. Esta escala tem consistências internas que variam entre razoável e muito boa (entre $\alpha = .75$ e $\alpha = .90$), uma boa estabilidade temporal teste-reteste e validades divergente e convergente adequadas (Silva, 2010).

Neste estudo, as dimensões da FSCRS-A obtiveram índices de consistência interna que variaram entre $\alpha = .699$ (aceitável) e $\alpha = .959$ (excelente) - no momento T1 - e valores entre $\alpha = .686$ (aceitável) e $\alpha = .873$ (muito bom) - no momento T2.

Análise de dados

As análises preliminares para a caracterização da amostra e estudo das variáveis foram conduzidas através do Statistical Package for the Social Sciences (IBMS SPSS, versão 22.0). Foram realizados testes-*t* e *qui-quadrado* para comparar características clínicas e sociodemográficas que poderiam ter implicações nos resultados obtidos.

As variáveis em estudo foram avaliadas antes (momento T0) e após a intervenção (T1). Para cada uma delas (Ansiedade Social, Autocompaixão, Autocriticismo e Vergonha Externa), calculámos Univariate Latent Change Score (LCS), de forma a sumarizar os dados longitudinais e medir as mudanças entre os dois momentos (adotando, assim, uma medida intra-sujeito). Os modelos foram estimados pelo método de Maximum Likelihood (ML), usando o programa *Mplus*, versão 7 (Muthén e Muthén, 1998-2017). A mudança entre os valores medidos entre T0 e T1 foi tratada como uma variável latente, o que permite estimar a “média da mudança” (μ_{Δ}). Valores positivos (significativos) de μ_{Δ} sugerem que, em média, a pontuação dos sujeitos aumentou de T1 a T2; pelo contrário, valores negativos (significativos) sugerem que, em média, a pontuações dos sujeitos diminuiu entre T1 e T2.

Para calcular a associação entre as mudanças observadas em cada construto-alvo da TFC (autocompaixão, autocriticismo e vergonha externa) e as mudanças observadas na ansiedade social, calculámos Two-Wave LCS models (2W-LCS), também com o programa *Mplus*, versão 7. Coeficientes de regressão positivos (significativos) indicam que as mudanças no construto-alvo em causa estão positivamente correlacionadas com as mudanças observadas na Ansiedade Social; valores de regressão negativos (significativos) indicam uma correlação negativa entre as mudanças no construto e as mudanças nos sintomas de ansiedade.

As análises foram efetuadas tanto ao nível das escalas completas de cada variável-independente como com as suas subescalas.

Resultados

Mudanças nos processos medidos entre T1 e T2

Foram realizadas *Univariate LCS Models* para cada construto medido (ansiedade social, vergonha externa, autocriticismo e autocompaixão) para avaliar eventuais mudanças

entre os dois momentos. Apresentam-se no quadro 2 os valores médios da mudança em cada construto e a variância associada a essas mudanças.

Quadro 2

Estatísticas descritivas e estimativas dos Latent Change Score (LCS) Univariados

Construto	μ_{T1} (DP)	μ_{T2} (DP)	μ_{Δ}	σ_{Δ}^2
Ansiedade Social	95.000 (29.42)	90.952 (35.19)	-4.048	402.711*
Evitamento Social	80.333 (25.83)	69.381 (21.95)	-10.952**	266.337**
Autocriticismo (FSCRSA: F1+F2)	29.524 (11.97)	23.429 (14.97)	-6.095**	93.320**
Self inadequado	22.762 (8.22)	18.190 (9.69)	-4.571**	44.721**
Self detestado	6.762 (4.16)	5.238 (5.65)	-1.524*	12.631**
Self tranquilizador	14.143 (6.50)	16.667 (7.42)	2.524**	17.964**
Vergonha Externa	17.286 (6.82)	13.857 (7.97)	-3.429**	24.150***
Autocompaixão	67.524 (13.88)	77.429 (17.67)	9.905 ***	124.469***
Calor/Compreensão	13.476 (3.06)	14.571 (3.76)	1.095*	5.324***
Condição Humana	11.095 (2.76)	12.333 (3.67)	1.238*	7.801***
Autocrítica	11.714 (3.96)	14.857 (4.23)	3.143***	15.836***
Isolamento	9.619 (4.04)	11.524 (3.82)	1.905***	5.134**
Sobre-identificação	10.048 (3.06)	11.667 (3.44)	1.619**	7.188**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Ansiedade Social

Os *LCS Estimates* mostraram que os níveis de ansiedade social não mudaram significativamente entre os momentos T1 e T2. O valor da variância associada à mudança (que representa o grau em que os indivíduos diferem nas suas mudanças) também foi estatisticamente significativo, revelando uma mudança heterogênea entre os sujeitos (isto é,

existe uma diferença significativa entre os participantes no que concerne a trajetória adquirida após a intervenção; o efeito da TFC sobre os níveis de ansiedade não é homogêneo em todos os participantes).

Evitamento Social

Os níveis de evitamento social diminuíram significativamente entre os momentos T1 e T2. O valor da variância associada à mudança também foi estatisticamente significativo, revelando uma mudança heterogênea entre os sujeitos.

Vergonha Externa

Quanto à vergonha externa, os valores diminuíram significativamente entre os momentos T1 e T2. A variância associada à mudança também revelou heterogeneidade significativa entre as mudanças dos participantes.

Autocompaixão

As pontuações referentes à autocompaixão (escala completa) aumentaram de forma estatisticamente significativa entre os momentos T1 e T2. Este aumento verificou-se nas subescalas Calor/Compreensão e Condição Humana. Também houve uma diminuição estatisticamente significativa em todas as subescalas negativas (Autocrítica, Isolamento e Sobre-identificação). A variância significativa associada à mudança sugere uma mudança heterogênea entre os sujeitos.

Autocriticismo

As pontuações totais da medida do autocriticismo (a soma entre os fatores “Eu inadequado” e “Eu detestado”) diminuíram significativamente. Ao nível das subescalas da FSCRSA-A, houve um aumento nas pontuações da escala “Eu tranquilizador” e uma diminuição nas subescalas “Eu inadequado” e “Eu detestado” (todas elas mudanças significativas). Também foi observada heterogeneidade entre as mudanças dos sujeitos.

Associação entre mudanças nos processos da TFC e Ansiedade Social

Foram estimados *Two-Wave LCS Models* para avaliar eventuais associações entre as mudanças observadas nos construtos específicos do modelo da TFC e as mudanças observadas na ansiedade social.

O quadro 3 apresenta – na primeira coluna - os *Parameter Estimates* destes modelos, que representam os *change-to-change effects* entre os construtos da TFC e a Ansiedade social. Na segunda coluna, estão registadas as associações entre as pontuações em cada construto da TFC e a Ansiedade social, ambos no momento T1 (pré-intervenção). Na terceira coluna, estão apresentados os *Parameter Estimates* relativos à relação entre as pontuações no momento T1 e a mudança observada nos níveis de ansiedade. A quarta coluna apresenta os valores de R^2 , representando o grau em que os modelos explicam a mudança na Ansiedade Social.

Quadro 3

Efeitos Change-to-change dos construtos TFC sobre a AS; Associação construto-ansiedade em T1; Relação entre pontuações iniciais nos construtos e mudança na AS; R^2 do modelo

Construtos da TFC	β – Δ Construtos TFC x Δ AS	β – Valores construto T1 x AS T1	β – Valores pré x Δ AS	R^2
Autocriticismo (FSCRSA: F1+F2)	0.646	247.286**	66.171	.097
Eu inadequado	1.087*	162.098**	38.982	.131
Eu detestado	0.925	85.190**	16.810	.027
Eu tranquilizador	-2.496**	-88.665*	-54.900	.278
Vergonha Externa	1.354*	107.524*	46.012	.110
Autocompaixão	-0.995**	-0.565***	-0.272	.306*
Calor/Compreensão	-5.750***	-47.188*	-9.773	.437**

Condição Humana	-2.422	-12.479	-10.419	.114
Autocrítica	-1.599*	-58.618**	-15.038	.101
Isolamento	-2.700*	-72.047**	-28.391	.093
Sobre-identificação	-1.427	-34.190	-9.962	.036

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Vergonha Externa e Ansiedade Social

Os *Parameter Estimates* do modelo mostraram uma associação positiva entre as mudanças nos níveis de vergonha externa e as mudanças nos níveis de ansiedade social, pelo que uma maior diminuição na vergonha externa esteve associada a uma maior diminuição na ansiedade social.

Os níveis de vergonha externa e no momento T1 estavam positivamente associados ao nível de ansiedade social em T1.

Autocriticismo e Ansiedade Social

Não houve uma associação significativa entre as mudanças nas pontuações totais da medida do autocriticismo (a soma entre os fatores “Eu inadequado” e “Eu detestado”) e as mudanças nos níveis de ansiedade social.

Apesar disso, verificou-se uma associação positiva e significativa entre as mudanças na subescala Eu inadequado e a Ansiedade social, sugerindo que, quanto maior foi a diminuição neste construto, maior foi a diminuição na ansiedade social.

O fator “Autocrítica” medido na SCS-A também teve uma relação significativa com a ansiedade social. Pontuações mais baixas nesta subescala corresponderam a níveis mais altos de autocriticismo, pelo que: quanto maior foi o aumento das pontuações nesta dimensão, maior foi a diminuição na ansiedade social.

Tanto a pontuação total da medida de autocriticismo como as pontuações nas subescalas “Eu inadequado” e “Eu detestado” (no momento T1) apresentaram uma correlação

positiva e significativa com a ansiedade social no momento T1. Também se verificou uma associação negativa e significativa entre as pontuações na subescala “Eu tranquilizador” e a ansiedade social. Isto é, (1) pontuações mais elevadas nas dimensões “Eu inadequado” e “Eu detestado” e (2) pontuações mais baixas na dimensão “Eu tranquilizador” tenderam a estar associadas a níveis mais elevados de ansiedade social.

Autocompaixão e Ansiedade Social

Verificou-se uma associação negativa e significativa entre as mudanças nas pontuações totais na SCS-A e a ansiedade social (e, mais especificamente, na dimensão “Calor/compreensão”), isto é, quanto maior foi o aumento na autocompaixão, maior foi a diminuição na ansiedade social. Tanto o modelo referente às mudanças na escala “Autocompaixão” (pontuação total) ($R^2 = .306$) como o modelo referente às mudanças à subescala “Calor/compreensão” ($R^2 = .437$) explicaram de forma estatisticamente significativa as mudanças observadas na ansiedade social.

Foi observada uma associação negativa entre as pontuações da SCS-A em T1 (escala total e dimensões “Calor/compreensão”, “Autocrítica” e “Isolamento”) e os níveis de ansiedade social em T1.

Verificou-se, ainda, uma associação negativa e significativa entre as mudanças na dimensão “Eu tranquilizador” (da FSCRSA-A) e a ansiedade social – um maior aumento nesta faceta tende a associar-se a uma maior diminuição na ansiedade social. Há uma relação negativa e significativa entre as pontuações nesta subescala e a ansiedade social, no momento T1.

Associação entre mudanças nos construtos da TFC e Evitamento Social

À semelhança do tratamento de dados realizado para a Ansiedade Social, também foram avaliadas eventuais associações entre as mudanças observadas, desta vez, com o Evitamento Social. Os resultados foram sistematizados no Quadro 4.

Quadro 4

Efeitos Change-to-change dos construtos TFC sobre o ES; Associação construto-evitamento em T1; Relação entre pontuações iniciais nos construtos e mudança na ES; R² do modelo

Construtos da TFC	$\beta - \Delta$ Construtos TFC x Δ ES	$\beta -$ Valores construto T1 x ES T1	$\beta -$ Valores pré x Δ ES	R ²
Autocriticismo (FSCRSA: F1+F2)	0.741	172.636***	9.046	.193
Eu inadequado	1.088*	117.079***	7.679	.199
Eu detestado	1.627	55.556**	4.975	.126
Eu tranquilizador	-2.231***	-46.145	-36.822	.336*
Vergonha Externa	0.705	66.476	31.024	.045
Autocompaixão	-0.840 **	-154.365**	-19.598	.330
Calor/Compreensão	-3.990***	-28.445*	-10.391	.318*
Condição Humana	-2.230	-1.699	-15.879	.146
Autocrítica	-1.633*	-46.953**	2.566	.159
Isolamento	-2.838***	-54.583**	-11.300	.155
Sobre-identificação	-2.124	-32.726*	6.115	.122

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Vergonha Externa e Evitamento Social

O *Parameter Estimate* do modelo não revelou uma associação significativa entre as mudanças nos níveis de vergonha externa e as mudanças nos níveis de evitamento social.

Também não houve uma associação significativa entre estes dois construtos no momento T1.

Autocriticismo e Evitamento Social

Ao nível das pontuações referentes aos dois fatores de autocrítica da FSCRSA-A, não houve uma associação significativa entre as mudanças nas pontuações e as mudanças no evitamento social.

Contudo, verificou-se uma associação positiva e significativa entre as mudanças na subescala Eu inadequado e a Evitamento social, sugerindo que, quanto maior foi a diminuição neste construto, maior foi a diminuição no evitamento.

O fator “Autocrítica” medido na SCS-A também teve uma relação significativa com o evitamento social. Pontuações mais baixas nesta subescala corresponderam a níveis mais elevados de autocrítica, pelo que: quanto maior foi o aumento das pontuações nesta dimensão (isto é, quanto mais diminuiu o autocrítica), mais diminuiu o evitamento social.

Tanto a pontuação total da medida de autocrítica como as pontuações nas subescalas “Eu inadequado” e “Eu detestado” (no momento T1) apresentaram uma correlação positiva e significativa com o evitamento social no momento T1. Isto é, (1) pontuações mais elevadas nas dimensões “Eu inadequado” e “Eu detestado” tenderam a estar associadas a níveis mais elevados de evitamento social.

Autocompaixão e Evitamento Social

Verificou-se uma associação negativa e significativa entre as mudanças nas pontuações totais na SCS-A e o evitamento social (e, mais especificamente, nas dimensões “Calor/compreensão”), isto é, quanto maior foi o aumento na autocompaixão, maior foi a diminuição na ansiedade social. Também se registou uma associação negativa e significativa entre as mudanças na subescala “Isolamento” e o evitamento social. Nesta subescala, quanto maior é a pontuação, menor é o isolamento; logo, quanto maior foi o aumento na pontuação (isto é, quanto mais diminuiu o isolamento), mais diminuiu o evitamento social.

Os modelos referentes às mudanças nas subescalas “Eu tranquilizador” ($R^2 = .336$) “Calor/compreensão” ($R^2 = .318$) explicaram de forma estatisticamente significativa as mudanças observadas no evitamento social.

Foi observada uma associação negativa e significativa entre a pontuação total da autocompaixão em T1 (e todas as subescalas, exceto “Condição humana”) os níveis de evitamento social em T1.

Não houve associação entre as mudanças na dimensão “Eu tranquilizador” (da FSCRSA-A) e as mudanças no Evitamento social. Também não observámos qualquer associação entre as pontuações no “Eu tranquilizador” e “Evitamento social” no momento T1.

Discussão

Neste estudo, avaliámos as mudanças observadas nos níveis de ansiedade social, evitamento social, autocriticismo, vergonha externa e autocompaixão, entre os momentos T1 (pré-intervenção CFT@TeenSAD) e T2 (pós-intervenção) em adolescentes com PAS. Depois, examinámos eventuais associações entre as mudanças no autocriticismo, vergonha externa e autocompaixão e as mudanças na ansiedade social e no evitamento social. Os resultados obtidos contribuem para o suporte empírico do efeito da TFC sobre os construtos específicos do modelo e também fornecem informação preliminar sobre a sua eficácia no contexto da PAS e os mecanismos subjacentes aos ganhos terapêuticos (especificamente, na população adolescente).

De acordo com o esperado com base na literatura (Gharraee et al., 2018; Kirby et al., 2017; Leaviss & Uttley, 2014), os resultados sugeriram que a intervenção CFT@TeenSAD produziu um aumento da autocompaixão e uma diminuição nos níveis de autocriticismo e vergonha externa nos adolescentes. Esta observação apoia a ideia de que o programa CFT@TeenSAD – à semelhança de outras intervenções baseadas na TFC (e na população

adulta) - é um recurso potencialmente útil na promoção de uma postura mais amável, calorosa e compreensiva perante eventuais percepções de inadequação e fracasso e experiências internas perturbadoras, em contextos sociais ou avaliativos (ao contrário de uma atitude crítica e inferiorizante).

Contudo, contrariamente ao que se hipotetizou com base na investigação (Gharraee et al., 2018), a intervenção não produziu mudanças na sintomatologia ansiosa. Isto poderá sugerir que o programa CFT@TeenSAD não produz mudanças na ansiedade social. Ainda assim, algumas razões alternativas poderão ajudar a explicar estes resultados.

A grande heterogeneidade entre as mudanças registadas em todas medidas sugere que a intervenção CFT@TeenSAD produz resultados significativamente diferentes, de acordo com as diferenças interindividuais associadas a (1) características dos participantes e/ou (2) fatores contextuais do processo terapêutico de cada sujeito. Assim, uma intervenção que poderá ser muito benéfica para alguns sujeitos pode ter efeitos mais modestos noutros. Estas diferenças interindividuais poderão, em parte, ser explicadas pelo efeito de construtos como os “medos, bloqueios e resistências à compaixão” (Boersma et al., 2015), fatores estes que podem ter um impacto na forma como a intervenção é encarada, recebida e praticada. A estandardização das intervenções exigida em prol do rigor científico dos estudos de eficácia também poderá comprometer a validade externa dos dados, uma vez que, num contexto de intervenção típico (onde há flexibilidade para alargar, enfatizar e trabalhar determinados tópicos em diferentes momentos), a intervenção CFT seria, idealmente, ajustada ao ritmo e características específicas do doente.

Por outro lado, algumas variáveis do contexto poderão ter interferido no processo interventivo. Por exemplo, alguns sujeitos passaram pelo processo terapêutico durante os confinamentos da pandemia COVID-19, o que pode ter negligenciado a componente prática, ativa e comportamental da intervenção e dificultando assim a aplicação das aprendizagens no

dia-a-dia. Os confinamentos poderão ter funcionado, assim, como “evitamentos forçados” dos contextos sociais, restringindo a exposição aos mesmos e, assim, impossibilitando eventuais impactos positivos na diminuição dos níveis de ansiedade social, ainda que algumas dimensões dos construtos específicos da TFC tenham mudado.

Outros fatores que poderão estar em jogo são a possível “dose insuficiente” da intervenção (poderão ser necessárias mais sessões para observar mudanças ao nível da ansiedade). O segundo momento de avaliação também pode ter sido um momento demasiado precoce para a deteção de mudanças. Num estudo de eficácia de Galhardo (2013) – de um programa também baseado na compaixão, para mulheres com infertilidade – tanto a autocompaixão como a ansiedade continuaram a revelar ganhos terapêuticos significativos entre o momento “pós-intervenção” e o *follow-up* a seis meses; no caso da autocompaixão, não tinham sido registadas mudanças significativas entre o momento “pré-intervenção” e “pós-intervenção”. Isto é, o efeito da intervenção poderá apenas verificar-se de forma mais pronunciada a longo-prazo, depois de os participantes terem a oportunidade de aplicar as competências adquiridas ao longo de alguns meses.

De acordo com aquilo que se esperava, foi observada uma diminuição nos níveis de Evitamento Social. Isto sugere que o programa CFT@TeenSAD produz mudanças nos evitamentos associados à PAS. Estes resultados reforçam a pertinência desta intervenção, uma vez que se sabe que uma grande parte das complicações associadas à PAS provêm desses evitamentos (Hofmann & DiBartolo, 2000), para além de constituírem um fator de manutenção da mesma (Teo et al., 2013).

Os resultados referentes à relação entre os processos específicos do modelo da TFC e a ansiedade (no momento T1) foram congruentes com o esperado: globalmente, existe (1) uma relação negativa entre os fatores protetores e a ansiedade social (exceto o fator “Condição humana”) e (2) uma relação positiva entre os fatores de risco e a ansiedade social

(exceto o fator “Sobre-identificação”). Observaram-se resultados semelhantes na relação entre os processos específicos da TFC e o evitamento (no momento T1): (1) uma associação negativa entre os fatores protetores e evitamento social (exceto os fatores “Eu-tranquilizador” e “Condição humana”) e (2) uma associação positiva entre os fatores de risco e a ansiedade social (exceto a “Vergonha externa”). Estas observações reforçaram a pertinência de estudar as possíveis relações causais entre estas variáveis e eventuais mecanismos de mudança envolvidos nos ganhos terapêuticos. O cariz longitudinal deste estudo permitiu explorar essas hipóteses.

Os resultados corroboram a hipótese de que o aumento da Autocompaixão e da Autotranquilização tiveram um impacto direto nas mudanças observadas na Ansiedade Social. Quanto ao Autocriticismo, a componente mais relevante (no que concerne a diminuição da ansiedade social) parece ter sido a componente “Eu inadequado”. Isto faz sentido, tendo em conta que os “sentimentos de inadequação” são uma das características principais da PAS. A intervenção sobre a vergonha externa também parece ter um impacto direto nos níveis de Ansiedade Social, tal como era esperado com base na literatura (Câdea & Szentágotai-Táatar, 2018). Em conjunto, estes resultados apoiam a ideia de que, quando há ganhos terapêuticos ao nível da Ansiedade Social, esses ganhos poderão ser atribuíveis a mudanças específicas desta modalidade de intervenção, e não a efeitos inespecíficos, ao contrário do que foi observado no estudo de (Stevenson et al., 2019). Dentre todos os construtos avaliados, aqueles que parecem ser mais importantes na mudança da ansiedade social são a autocompaixão (principalmente, a componente “Calor/compreensão”), que se destacou pelo valor relativamente elevado (e significativo) do R^2 do modelo de mudança.

A razão pela qual as facetas “Calor/compreensão” e “Eu tranquilizador” apresentam primazia sobre as restantes facetas (no que concerne a explicação da diminuição na ansiedade) não é clara. Podemos, ainda assim, levantar a hipótese de que o ingrediente mais

importante – no contexto da adoção de uma postura mais autocompassiva – não está na eliminação dos processos negativos (como o autocrítico e a vergonha). Estas experiências negativas são muitas vezes experienciadas sob a forma de pensamentos automáticos, dos quais os sujeitos não têm controlo. O “princípio ativo” mais importante da adoção de um funcionamento autocompassivo poderá ser o ato de tomar uma postura de “Calor/compreensão” e de “Autotranquilização” perante a experiência desses eventos internos (estando esta postura, esta sim, sob o controlo do sujeito).

No que concerne os ganhos terapêuticos ao nível da diminuição do Evitamento Social, apresentam-se como possíveis fatores de mudança, novamente, a Autocompaixão (e faceta “Calor/compreensão”), a faceta “Autotranquilização”, a faceta “Autocrítica” e o “Eu inadequado”. A faceta “Isolamento” revelou ser importante; isto pode sugerir que o sujeito considerar que as próprias dificuldades não são estranhas (ou que não é diferentes dos outros por ter essas dificuldades) tem um impacto na diminuição do evitamento social. Ao contrário do que foi observado nos resultados da Ansiedade Social, as mudanças na Vergonha Externa não estão associadas às mudanças no Evitamento Social, o que sugere que a intervenção sobre a Vergonha Externa não tem implicações diretas na diminuição do Evitamento Social.

Globalmente, estes resultados também reforçam a hipótese de que os ganhos terapêuticos são atribuíveis a aspetos específicos da modalidade da TFC. De forma semelhante ao que foi observado na dimensão “Ansiedade Social”, houve um impacto especial das dimensões “Calor/compreensão” e “Eu tranquilizador” na diminuição do Evitamento Social. Parece ser mais importante adotar uma postura autocompassiva perante a experiência de fenómenos internos desagradáveis do que propriamente a diminuição direta desses eventos, no contexto da diminuição da tendência para o evitamento de situações sociais.

Este raciocínio também poderá ser extrapolado para a interpretação da diminuição não-significativa da ansiedade e concomitante diminuição significativa do Evitamento Social: perante a experiência automática de ansiedade, uma postura de calor e compreensão e de autotranquilização poderá promover um funcionamento adaptativo que está dentro do controlo dos sujeitos: o não-evitamento da situação provocadora de mal-estar. O mal-estar experienciado nos contextos evitados poderá, a longo-prazo, diminuir gradualmente, à medida que o sujeito contraria a tendência para o evitamento com o recurso a uma mente compassiva. Será importante, em estudos futuros, ter em atenção os efeitos a longo-prazo deste tipo de intervenção para testar esta hipótese.

Este estudo reforça a possibilidade de haver relações causais entre e as variáveis específicas do modelo da TFC e a etiologia e manutenção da PAS, para além de apresentar possíveis mecanismos de mudança subjacentes à intervenção. São necessários mais estudos que ajudem a clarificar a eficácia da TFC na PAS (em adolescentes) e os mecanismos subjacentes aos ganhos terapêuticos. Uma maior compreensão dos construtos envolvidos no alívio dos sintomas da PAS permitirá aumentar a eficácia das intervenções, uma vez que ajuda a delinear os aspetos que poderão ser alvo de aprimoramento no desenvolvimento das mesmas e também ajudam no processo de generalização dessas intervenções para outros contextos e populações nomeadamente, a população adolescente (que significa um risco acrescido à PAS).

Este estudo apresenta várias limitações. Para além de a amostra ser relativamente pequena (21 sujeitos), a ausência de um grupo de controlo não permite tirar conclusões robustas sobre a eficácia da intervenção. A interferência da pandemia COVID-19, como referido anteriormente, também é um fator a ter em conta na interpretação dos dados, uma vez que pode ter tido interferido na prática das aprendizagens. Recomendamos, para estudos futuros, o recurso a amostras maiores e um estudo mais aprofundado da relação entre as

características individuais de cada sujeito e a eficácia da intervenção (e.g., os medos da compaixão ou empenho nas práticas individuais), e o recurso a avaliações “follow up” (por exemplo) seis meses após a intervenção.

Ainda que preliminar, este trabalho é inovador na medida em que está incluído no primeiro projeto de investigação dedicado ao estudo da eficácia da TFC em adolescentes com PAS, para além de ser o primeiro estudo a mostrar os possíveis mecanismos de mudança por detrás dos ganhos terapêuticos.

Referências

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 857–882. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.006>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Arch, J. J., Brown, K. W., Dean, D. J., Landy, L. N., Brown, K. D., & Laudenslager, M. L. (2014). Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. *Psychoneuroendocrinology, 42*, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.018>
- Bates, G. W., Elphinstone, B., & Whitehead, R. (2020). Self-compassion and emotional regulation as predictors of social anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 94*(3), 426–442. <https://doi.org/10.1111/papt.12318>
- Blackie, R. A., & Kocovski, N. L. (2018). Forgive and Let Go: Effect of Self-Compassion on Post-Event Processing in Social Anxiety. *Mindfulness, 9*(2), 654–663. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0808-9>
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals With Social Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 45*(2), 89–98. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9286-8>
- Bruch, M. A., Fallon, M., & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counselling Psychology, 50*(1), 109–117. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.109>

- Cândeia, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2018). The Impact of Self-Compassion on Shame-Proneness in Social Anxiety. *Mindfulness*, 9(6), 1816–1824.
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-0924-1>
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). The Guilford Press.
- Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 227–234.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.012>
- Cox, B. J., Rector, N. A., Bagby, R., Swinson, R. P., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57(1–3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00043-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00043-9)
- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W., & Karpinski, D. C. (2002). Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 33(4), 479–491. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(02\)80012-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(02)80012-0)
- Crozier, R. W., & Alden, L. E. (2001). *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (1^a ed.). Wiley.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. P., & do Céu Salvador, M. (2008). Social Fears in Adolescence. *European Psychologist*, 13(3), 197–213. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.3.197>
- Cunha, M., Xavier, A., Cherpe, S., & Pinto-Gouveia, J. P. (2017). Avaliação da Vergonha em Adolescentes: ‘The Other as Shamer Scale.’ *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33(0).
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e3336>

- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão. *Journal of Child and Adolescent Psychology, 4*(2), 95–117.
- Cuppige, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2017). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 240–254.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12162>
- Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G. C., Renner, F., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). Interpersonal Problems, Dependency, and Self-Criticism in Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 71*(1), 93–104. <https://doi.org/10.1002/jclp.22120>
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2009). Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry, 50*(4), 335–346.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.004>
- Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2007). Social Anxiety and Peer Relations in Early Adolescence: Behavioral and Cognitive Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(3), 405–416. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9099-2>
- Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. *Mindfulness, 12*(5), 1063–1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 811–815.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.002>

- Garcia-Lopez L. J., Irurtia M. J., Caballo V. E., & Diaz-Castela M. M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico [Social anxiety and psychological abuse]. *Behavioral Psychology*, 19, 223–236.
- Galhardo, A. M. J. F. (2013). *A infertilidade em Portugal: aspectos psicológicos e estudos de eficácia do programa baseado no Mindfulness para a infertilidade* (Dissertação de Doutoramento, 00500:: Universidade de Coimbra).
- Gharraee, B., Zahedi Tajrishi, K., Ramezani Farani, A., Bolhari, J., & Farahani, H. (2018). A Randomized Controlled Trial of Compassion Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, In Press*(In Press).
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.80945>
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113–147.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x>
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics*, 24, 723-751.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features (CBT Distinctive Features)* (1ª ed.). Routledge.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50.
<https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2011). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism.

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85(4), 374–390.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x>

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Gill, C., Watson, L., Williams, C., & Chan, S. W. (2018). Social anxiety and self-compassion in adolescents. *Journal of Adolescence*, 69, 163–174. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.004>

Goffnett, J., Liechty, J. M., & Kidder, E. (2020). Interventions to reduce shame: A systematic review. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(2), 141–160. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.03.001>

Greco, L. A., & Morris, T. L. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, 36(2), 197–205. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80068-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80068-1)

Harwood, E. M., & Kocovski, N. L. (2017). Self-Compassion Induction Reduces Anticipatory Anxiety Among Socially Anxious Students. *Mindfulness*, 8(6), 1544–1551. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0721-2>

Hayes, J. A., Lockard, A. J., Janis, R. A., & Locke, B. D. (2016). Construct validity of the Self-Compassion Scale-Short Form among psychotherapy clients. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(4), 405–422. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1138397>

Hedman, E., Ström, P., Stükel, A., & Mörtberg, E. (2013). Shame and Guilt in Social Anxiety Disorder: Effects of Cognitive Behavior Therapy and Association with Social

Anxiety and Depressive Symptoms. *PLoS ONE*, 8(4), e61713.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061713>

Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2000). *From Social Anxiety to Social Phobia: Multiple Perspectives*. Allyn & Bacon.

Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2010). *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (2^a ed.). Academic Press.

Joeng, J. R., & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 453–463. <https://doi.org/10.1037/cou0000071>

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 680–691. <https://doi.org/10.1037/a0028513>

Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, 8, 1–13. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>

La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do They Predict Social Anxiety and Depression? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 49–61. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_5

- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(2), 83–94.
<https://doi.org/10.1023/a:1022684520514>
- Lazarus, G., & Shahar, B. (2018). The Role of Shame and Self-Criticism in Social Anxiety: A Daily-Diary Study in a Nonclinical Sample. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *37*(2), 107–127. <https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.2.107>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2014). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, *45*(5), 927–945.
<https://doi.org/10.1017/s0033291714002141>
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Hess, L. E., Schwab, J., Jovanovic, J., Talwar, R., & Kucher, J. S. (1991). Physical Attractiveness and Psychosocial Functioning among Early Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, *11*(3), 300–320.
<https://doi.org/10.1177/0272431691113001>
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. D. (2009). *Handbook of Adolescent Psychology*. Wiley.
- Liao, K. Y. H., Stead, G. B., & Liao, C. Y. (2021). A Meta-Analysis of the Relation Between Self-Compassion and Self-Efficacy. *Mindfulness*, *12*(8), 1878–1891.
<https://doi.org/10.1007/s12671-021-01626-4>
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, *49*(2), 1849–1856.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*, 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>

- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 87, 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.044>
- Michl, L. C., Handley, E. D., Rogosch, F., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2015). Self-Criticism as a Mechanism Linking Childhood Maltreatment and Maternal Efficacy Beliefs in Low-Income Mothers With and Without Depression. *Child Maltreatment*, 20(4), 291–300. <https://doi.org/10.1177/1077559515602095>
- Muris, P. (2015). Guilt, Shame, and Psychopathology in Children and Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 177–179. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0488-9>
- Muthén, L. K., and Muthén, B. O. (1998-2017). Mplus User's Guide. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Quarteto Editora.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S., & Marttunen, M. (2012). Peer victimization and social phobia: a follow-up study among adolescents. *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology, 48(4), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0583-9>

Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2009). Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: The role of comorbidity. *Journal of Adolescence*, 32(1), 77–93.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.11.005>

Ranta, K., La Greca, A. M., Garcia-Lopez, L. J., & Marttunen, M. (2015). *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies*. Springer International Publishing.

Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., da Silva, D. R., Vagos, P., Vieira, A., Lavado, A., & Macedo, A. M. (2016). Mental health problems in male young offenders in custodial versus community based-programs: implications for juvenile justice interventions.

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10(1).

<https://doi.org/10.1186/s13034-016-0131-6>

Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2013). The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(3), 356–365.

<https://doi.org/10.1007/s10862-013-9338-5>

Salvador, M. C., Miguel, R., Nobre-Lima, L., Rijo, D., & Vagos, P. (2020). *CFT@TeenSAD: Manual de Terapia Focada na Compaixão online para adolescentes com Perturbação de Ansiedade Social*. 23 Unpublished document.

Schanche, E. (2013). The transdiagnostic phenomenon of self-criticism. *Psychotherapy*, 50(3), 316–321. <https://doi.org/10.1037/a0032163>

Schuster, P., Beutel, M. E., Hoyer, J., Leibing, E., Nolting, B., Salzer, S., Strauss, B.,

Wiltink, J., Steinert, C., & Leichsenring, F. (2021). The role of shame and guilt in

social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100208.

<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100208>

Shahar, B., Doron, G., & Szepeswol, O. (2014). Childhood Maltreatment, Shame-Proneness and Self-Criticism in Social Anxiety Disorder: A Sequential Mediational Model.

Clinical Psychology & Psychotherapy, 22(6), 570–579.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1918>

Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K.

M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and Validity of the Mini

International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID).

The Journal of Clinical Psychiatry, 71(03), 313–326.

<https://doi.org/10.4088/jcp.09m05305whi>

Siegel, A. N., & Kocovski, N. L. (2020). Effectiveness of Self-Compassion Inductions

Among Individuals with Elevated Social Anxiety. *Mindfulness*, 11(11), 2552–2560.

<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01470-y>

Silva, C., Salvador, M. C. (2011). *A Escala das Formas de Auto-Criticismo e de Auto-*

Tranquilização (FSCRS): Características Psicométricas na População Adolescente

[Poster]. II Jornadas Internacionais do CINEICC: Novos olhares sobre a mente,

Coimbra.

Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2015). Development and Validation of a Measure

of Self-Critical Rumination. *Assessment*, 23(3), 321–332.

<https://doi.org/10.1177/1073191115573300>

Steinberg, L. (2019). *Adolescence* (12^a ed.). McGraw-Hill Education.

Stevenson, J., Mattiske, J. K., & Nixon, R. D. (2019). The effect of a brief online self-

compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety.

Behaviour Research and Therapy, 123, 103492.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103492>

Stoeber, J., Hutchfield, J., & Wood, K. V. (2008). Perfectionism, self-efficacy, and aspiration level: differential effects of perfectionistic striving and self-criticism after success and failure. *Personality and Individual Differences*, 45(4), 323–327.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.04.021>

Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 90, 102088. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102088>

Teo, A. R., Lerrigo, R., & Rogers, M. A. (2013). The role of social isolation in social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 353–364. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.010>

Vagos, P., Ribeiro Da Silva, D., Brazão, N., Rijo, D., & Gilbert, P. (2016). Dimensionality and measurement invariance of the Other as Shamer Scale across diverse adolescent samples. *Personality and Individual Differences*, 98, 289–296.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.046>

Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>

Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrman, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review – Update. *Journal of Affective Disorders*, 246, 530–547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7, 340–364. doi:10.1016/j.bodyim.2016.03.003