



Maria do Céu Salvador

Setembro de 2009

“ser eu próprio entre os outros”

Um novo protocolo de intervenção para adolescentes
com fobia social generalizada

• U



C •

FPCEUC

Maria do Céu Salvador
Setembro de 2009

“ser eu próprio entre os outros”

Um novo protocolo de intervenção para adolescentes
com fobia social generalizada

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização em
Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor José Augusto da
Veiga Pinto de Gouveia



Agradecimentos

Ao Professor Pinto Gouveia, orientador desta dissertação, pela partilha de saber e pelo tempo.

Aos colegas da área cognitivo-comportamental, por assegurarem todo o trabalho na minha ausência.

À Paula, que se disponibilizou sempre para me substituir e ajudar.

À Sara, à Sílvia e aos directores das Instituições que colaboraram na recolha da amostra, por terem facilitado o acesso a meios logísticos e alunos, que permitiram continuar este projecto.

Muito em particular, ao Colégio Rainha Santa. À irmã Maria da Glória, cujo interesse e amizade desbloquearam recursos importantes. À Ana Isabel e à Cristina que, com o seu apoio incondicional e amizade, foram uma ajuda preciosa e cirúrgica no acesso a directores de turma, pais e alunos. Aos professores e funcionários, que disponibilizaram o seu tempo sempre que foi necessário. Com uma ajuda despida de interesses, todos facilitaram absolutamente tudo. Sem eles, esta tese não teria existido.

Aos colegas da Faculdade, que me “aborreciam” com incentivos e empurrões na direcção da tese, sempre que tinham oportunidade para isso.

À Andreia, Belmira, Catarina e Luís que, sem mim, mantiveram o nosso projecto vivo. O seu interesse e carinho constituíram incentivos essenciais.

Em especial, ao Luís, pelas muitas horas gastas com grupos (ou sem eles) e pela manutenção do bom humor.

À Marina, por ter sido o motor inicial do projecto mais amplo e pela ajuda preciosa em pormenores imprescindíveis.

À Joana, pelo carinho e ajuda num trabalho desprovido de interesse, mas essencial à organização.

À Piedade, pela imensa disponibilidade e cuidado que dedicou a todas as palavras e vírgulas desta dissertação.

À Rosário pela prontidão com que respondeu aos meus pedidos de ajuda.

Ao Zé, pela previsibilidade, pelo bom humor e pelo entusiasmo e interesse em dar, ao conteúdo, uma estética cativante.

Ao Daniel, que na recta final da sua tese voltou, felizmente, a parecer o Daniel.

Ao Luís Joaquin, pela descoberta de um amigo à distância, pelo entusiasmo e pela ajuda pronta em tudo quanto teve oportunidade.

À Paulinha, amiga da alma e incentivo importante que, entre milhares de afazeres, encontrou um bocadinho para encaixar mais um. E ao João e à Maria por concordarem em dividi-la comigo.

À Xana, outra amiga da alma, pela prontidão, disponibilidade, paciência e afecto. À Leonor e ao Manel, pelos mimos constantes a uma tia do coração.

À Dulce, ao Diogo, à Eunice e aos primos da Holanda, por se manterem e esperarem por mim.

À minha família, por estar e permitir que eu não estivesse. Em especial, ao meu pai, por me lembrar que a vida é feita de opções.

A cada adolescente que colaborou na investigação, em particular aos que partilharam a viagem do novo protocolo, por terem acreditado e ajudado a acreditar que era possível chegar a bom porto. Com desejos de que a viagem iniciada continue para ambas as partes.

Por fim, ao Rui, como sempre, por tudo e por nada; por ser uma fonte inesgotável de “combustível emocional”, o meu maior e mais importante “projecto”.

A todos que, de uma ou de outra forma, ofereceram o apoio e afecto indispensáveis à conclusão deste projecto profissional, agradeço, principalmente, o facto de terem contribuído para um enriquecimento pessoal, mantendo presente que, não obstante a sua importância, a vida é muito mais que uma tese.

Resumo

“Ser Eu Próprio entre os Outros”: Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada

Cada vez mais a fobia social na infância e adolescência tem sido alvo de atenção e investigação. Apesar disso, a revisão da literatura revelou que muitos dos mais recentes avanços em termos conceptuais e de intervenção na fobia social com adultos, se encontravam, ainda, ausentes, ou pouco explorados, em programas de intervenção para crianças e adolescentes. Por este motivo, o objectivo principal desta investigação consistiu na construção de um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada e no estudo da sua eficácia. O novo protocolo “Ser Eu Próprio entre os Outros” baseou-se no modelo de Clark e Wells (1995) e encontra-se manualizado.

Ao seleccionarmos a amostra para implementação e estudo do programa terapêutico, recolhemos também adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar e adolescentes sem qualquer psicopatologia. Estes três grupos de adolescentes foram estudados comparativamente no estudo 1, resultando na caracterização dos dois subtipos referidos.

Neste estudo, o grupo de adolescentes com fobia social generalizada apresentou uma perturbação mais duradoura, mais grave e mais interferente, principalmente na área social e afectiva. Mesmo considerando a área escolar, apesar dos dois grupos de adolescentes não se distinguirem significativamente nas variáveis de ansiedade, foram os adolescentes com fobia social generalizada que, em média, apresentaram maiores valores de evitamento.

Os adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar manifestaram também uma interferência significativa na área escolar, principalmente a partir da entrada no ensino secundário.

No estudo de resultados de eficácia do novo protocolo “Ser Eu Próprio entre os Outros”, e apesar das limitações inerentes à realização de uma investigação do género num contexto naturalista de prática clínica privada, os resultados sugeriram a eficácia a curto prazo de um programa cognitivo-comportamental integrado.

No estudo de um grupo de lista de espera, não se verificaram quaisquer alterações signifi-

ficativas nos valores das variáveis, havendo apenas a relatar um agravamento significativo em duas delas.

Já no estudo do grupo de tratamento, a comparação entre o pré e o pós-tratamento revelou que os resultados mais importantes consistiram em melhorias significativas, tanto a nível da remissão da fobia social e diminuição da dificuldade em fazer amigos, como a nível de uma redução de todas as variáveis relacionadas com interferência, ansiedade e evitamentos sociais, comorbilidade, sintomatologia ansiosa e depressiva. Verificaram-se, ainda, aumentos significativos dos valores de vinculação aos amigos, de comparação social e da avaliação subjectiva da qualidade de vida. Estas diferenças tiveram, simultaneamente, um significado estatístico e um significado clínico.

A análise de medidas repetidas para comparação das variáveis em quatro momentos no tempo revelou resultados coerentes com os anteriores. Por um lado, não se verificaram diferenças significativas entre a avaliação no início da lista de espera e a avaliação pré-tratamento; por outro, verificaram-se diferenças significativas entre a avaliação pré e pós-tratamento, em todas as medidas utilizadas, excepto na comparação social. Não foram encontradas diferenças significativas entre o pós-tratamento e o follow-up de um mês, tendo os ganhos anteriormente adquiridos sido mantidos.

Verificámos também que estes ganhos se mantinham 3 meses depois do final do tratamento, num outro pequeno estudo do follow-up. Em ambos os follow-ups, embora não atingindo diferenças estatisticamente significativas, verificou-se uma tendência para um aumento dos ganhos terapêuticos.

Não foram verificadas quaisquer associações significativas entre os valores iniciais de comorbilidade ou sintomatologia depressiva e os resultados de tratamento.

A interferência inicial das dificuldades também não pareceu determinante da interferência final. Adolescentes com graus mais elevados de interferência inicial terminaram a intervenção com valores de interferência inferiores a adolescentes que haviam iniciado o tratamento com valores de interferência mais baixos, sugerindo a eficácia do programa para graus mais elevados de interferência das dificuldades.

A avaliação subjectiva do programa por parte dos adolescentes revelou níveis elevados de adesão, satisfação e impacto positivo nas dificuldades e qualidade de vida.

Os resultados de ambos os estudos são discutidos à luz da literatura existente, sendo efectuadas sugestões, tanto ao nível da investigação, como ao nível da prática clínica.

Abstract

“To be Myself among the Others”: A new intervention protocol for adolescents with generalized social phobia

Child and adolescent social phobia has increasingly been the focus of attention of researchers and clinicians. Nevertheless, literature revision revealed that many of the most recent conceptual and therapeutic developments in adult social phobia were still absent, or under explored, in intervention programs for children and adolescents. For this reason, the main aim of this research was to develop a new intervention protocol for adolescents with generalized social phobia, and to investigate its efficacy. The new protocol “To be Myself among the Others” was based in Clark and Wells’s model (1995) and is manualized.

While selecting the sample of adolescents with generalized social phobia to implement and study this therapeutic program, we also gathered adolescents with specific social phobia limited to school performance situations, and adolescents without any psychopathology. These three groups have been studied (Study 1), resulting in the characterization of the two social phobia subtypes.

In this study, the adolescents with generalized social phobia presented a more lengthy, severe and incapacitating disorder, mainly in social and affective contexts. Even considering the school context, in spite of the two groups presenting similar anxiety levels, the adolescents with generalized social phobia have presented significant higher levels of avoidance.

The adolescents with specific social phobia, limited to school performance situations have also presented a significant interference in the school context, mainly after the secondary grades.

In the efficacy study of the new protocol “To be Myself among the Others” (Study 2), and even considering the limitations inherent to doing such a research in a private practice naturalistic context, the results suggested the short-term efficacy of a cognitive-behavioural integrated program.

In the study of a waiting list group, there were no significant modifications of the variable values, except in two of them that showed a significant worsening.

In the study of the treatment group, the comparison between the pre and post-treatment revealed that the most important results were the significant remission rates of social phobia, lower difficulty about making friends, reduction of all the variables related to interference, social anxiety and avoidance, comorbidity, anxious and depressive symptoms. There were also significant increases in attachment to friends, social comparison and subjective evaluation of the quality of life. These differences had both a statistical and clinical significance.

Results of a repeated measures analysis, to compare the variables in four points in time, were consistent with the previous ones. On one hand, there were no significant changes between the assessment in the beginning of the waiting list and at its end (pre-treatment evaluation), in any of the measures. On the other hand, there were significant improvements in all the measures, except social comparison, between the pre-treatment assessment and the one done at post-treatment. Finally, there were no significant changes between post-treatment and one-month follow-up, suggesting the maintenance of the therapeutic gains.

We also verified that these gains were maintained at a three-month follow up, in a small follow-up study. In both follow-ups, although not reaching statistical significance, there was a tendency for an increase of the treatment outcomes.

We found no significant associations between initial comorbidity or depressive symptoms and the results of treatment.

The initial interference did not seem to determine the interference at the end of the treatment. Adolescents with higher initial interferences ended the treatment with lower interferences than some colleagues that have initiated the program with lower interference rates, thus suggesting the efficacy of the program for more severe levels of the disorder.

The subjective adolescents' evaluation of the therapeutic program, revealed high scores of adherence, satisfaction and positive impact on the difficulties and on the quality of life.

The results of both studies are discussed in terms of the existing literature, suggesting some guidelines for social phobia research and practice.

Maria do Céu Salvador
Setembro de 2009

“ser eu próprio entre os outros”

Um novo protocolo de intervenção para adolescentes
com fobia social generalizada

Índice

1	Introdução
	PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO
5	Capítulo 1 Caracterização e avaliação da fobia social em crianças e adolescentes
39	Capítulo 2 Modelos psicológicos na fobia social
63	Capítulo 3 Tratamentos cognitivo-comportamentais da fobia social na infância e adolescência
97	Capítulo 4 Porquê um novo protocolo de tratamento de adolescentes com fobia social
	PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL
113	Capítulo 5 Objectivos, hipóteses e metodologia geral
151	Capítulo 6 Descrição de resultados - Estudo 1. Caracterização da Fobia Social
175	Capítulo 7 Descrição de resultados - Estudo 2. Eficácia de tratamento
225	Capítulo 8 Discussão dos resultados e conclusões gerais
257	Bibliografia
289	Anexos

Maria do Céu Salvador
Setembro de 2009

“ser eu próprio entre os outros”

Um novo protocolo de intervenção para adolescentes
com fobia social generalizada

Índice

1 | Introdução

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

Caracterização e avaliação da fobia social em crianças e adolescentes

5	1. Diagnóstico e apresentação clínica
5	1.1. Critérios de diagnóstico
10	1.2. Subtipos
14	1.3. Diagnóstico diferencial
17	1.4. Apresentação clínica
18	2. Epidemiologia
18	2.1. Prevalência
19	2.2. Idade de início e curso
20	3. Comorbilidade, impacto e procura de tratamento
20	3.1. Comorbilidade
22	3.2. Impacto e consequências
24	3.3. Procura de tratamento
26	4. Etiologia
31	5. Avaliação
35	Síntese

CAPÍTULO 2

Modelos psicológicos na fobia social

39	1. Modelos de condicionamento e aprendizagem vicariante
41	2. Modelo de Défice de Aptidões Sociais
43	3. Modelo de Beck, Emery e Greenberg
43	3.1. O modelo
45	3.2. A investigação

46	3.3. O tratamento
46	4. Modelo de Clark e Wells
46	4.1. O modelo
50	4.2. A investigação
52	4.3. O tratamento
54	5. Modelo de Rapee e Heimberg
54	5.1. O modelo
56	5.2. A investigação
56	5.3. O tratamento
57	6. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)
57	6.1. O modelo
59	6.2. A investigação
59	6.3. O tratamento
61	Síntese

CAPÍTULO 3

Tratamentos cognitivo-comportamentais da fobia social na infância e adolescência

63	1. Programas terapêuticos cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade
64	1.1. Intervenções individuais
65	1.2. Intervenções em grupo
69	2. Programas terapêuticos cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes com perturbação de ansiedade social/fobia social
69	2.1. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes – CBGT-A
75	2.2. Treino de Aptidões Sociais: Aumentar a Competência Social de Crianças e Adolescentes
77	2.3. Terapia de Eficácia Social para Crianças
80	2.4. Intervenção para Adolescentes com Fobia Social Generalizada
83	2.5. Competências para o Sucesso Académico e Social
86	2.6. Comparação de tratamentos
87	2.7. Outros estudos
95	Síntese

CAPÍTULO 4

Porquê um novo protocolo de tratamento de adolescentes com fobia social

97	1. Utilização do modelo de Clark e Wells (1995)
101	2. Inclusão de conceitos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)
102	3. Inclusão do conceito de auto-crítica
103	4. Não realização de treino de aptidões sociais
105	5. Abordagem da ansiedade aos testes e a outras avaliações escritas ou orais

107	6. Outras características do novo protocolo terapêutico
107	6.1. Intervenção em grupo
108	6.2. Número de sessões
108	6.3. Envolvimento de pais e professores
109	6.4. Tratamento manualizado
110	Síntese

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

CAPÍTULO 5 Objectivos, hipóteses e metodologia geral

113	1. Objectivos gerais e hipóteses
113	1.1. Objectivos gerais
113	1.2. Hipóteses
116	2. Metodologia geral
116	2.1. Amostra
120	2.2. Instrumentos utilizados
143	2.3. Procedimentos e desenho da investigação
149	Síntese

CAPÍTULO 6 Descrição de resultados - Estudo 1. Caracterização da Fobia Social

152	1. Amostra
153	2. Procedimentos estatísticos
154	3. Resultados
154	3.1. Comparação dos dois grupos clínicos nas variáveis clínicas
157	3.2. Comparação dos três grupos nas relações interpessoais
161	3.3. Comparação dos três grupos nas variáveis relacionadas com ansiedade social
168	3.4. Comparação dos três grupos nas variáveis de ansiedade e depressão
169	3.5. Comparação dos três grupos nas variáveis temperamentais, familiares e sociais
172	Síntese

CAPÍTULO 7 Descrição de resultados - Estudo 2. Eficácia de tratamento

175	1. Diferenças no grupo de Lista de Espera: 2 tempos de avaliação
175	1.1. Amostra
176	1.2. Procedimentos estatísticos
176	1.3. Análises iniciais: Equivalência entre o grupo recolhido da escola e o grupo recolhido na clínica

177	1.4. Comparação do grupo de Lista de Espera nos dois momentos de avaliação
184	2. Comparações do grupo de Tratamento
184	2.1. Comparações intra-grupo: Pré-tratamento–Pós-tratamento
200	2.2. Comparações intra-grupo: estudo longitudinal de 4 medidas no tempo
217	2.3. Comparações intra-grupo: análise no follow-up de 3 meses
218	2.4 Análise de possíveis factores que influenciam os resultados de tratamento
220	2.5. Avaliação subjectiva do programa

CAPÍTULO 8

Discussão dos resultados e conclusões gerais

225	1. Considerações metodológicas
227	2. Estudo 1. Caracterização da fobia social
239	3. Estudo 2. Eficácia do tratamento
251	4. Conclusões, limitações e sugestões para futura investigação

257	Bibliografia
-----	--------------

289	Anexos
-----	--------

INTRODUÇÃO

Introdução

Embora existam registos, pelo menos desde a Grécia Antiga (Hipócrates, séc., IV a.C.), da ocorrência de uma reacção ansiosa desproporcionada quando um ser humano se encontra na presença de outros da mesma espécie, a designação *phobie des situations sociales* só foi, pela primeira vez, utilizada por Pierre Janet, no início do século XX. Em 1970, Marks formula o conceito de fobia social, mas esta condição teve que esperar 10 anos antes de ser oficialmente reconhecida como uma perturbação autónoma, altura em que foi introduzida na nomenclatura diagnóstica americana da publicação de 1980 do DSM-III. Em 1985, Liebowitz e colaboradores consideravam-na a “perturbação de ansiedade negligenciada”, por ser a mais esquecida, menos compreendida e menos estudada.

Actualmente, o DSM-IV define a fobia social ou perturbação de ansiedade social, como um medo marcado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo está exposto a pessoas desconhecidas ou ao possível escrutínio dos outros, que conduz muitas vezes ao evitamento dessas situações e interfere significativamente com a rotina normal do indivíduo. A fobia social é altamente prevalente, tende a seguir um curso crónico, a estar associada a uma elevada comorbilidade e a causar um impacto negativo na vida do indivíduo. Não obstante, é com frequência incorrectamente avaliada e subdiagnosticada, não merecendo, por isso, muitas vezes, intervenção terapêutica.

Desde há vários anos que a fobia social tem sido alvo de interesse crescente, centrado, na maioria das vezes, nas suas manifestações na população adulta. No entanto, a constatação de que a fobia social tem também consequências extremamente negativas em crianças e adolescentes e que relações satisfatórias na infância e adolescência influenciam decisivamente o desenvolvimento de relações sociais adequadas na vida adulta, levou os investigadores a desenvolverem esforços no sentido de impulsionar o estudo da fobia social nestes períodos do desenvolvimento.

Efectivamente, as relações dos jovens com os seus pares e a criação de amizades desempenham um papel crítico no desenvolvimento socio-emocional. A aceitação pelos pares e o desenvolvimento de amizades fornecem um sentido de pertença, inclusão social, companhia, intimidade e auto-estima. A adolescência, em particular, é um período especialmente importante para o estabelecimento de amizades, identificação com o grupo, desenvolvimento da identidade e de independência emocional e envolvimento numa variedade de actividades sociais e

vocacionais que facilitarão a transição para a vida adulta. A experiência de encontros românticos irá influenciar a capacidade do adolescente para formar relações de longo-prazo (Johnson & Glass, 1989). Deste modo, relações bem sucedidas com os pares contribuem, de uma forma positiva, para o desenvolvimento de capacidades sociais e de sentimentos de competência, essenciais para o funcionamento adulto. Contrariamente, dificuldades nas relações com os pares podem ser preditoras de problemas de adaptação, dificuldades académicas e problemas de saúde mental (e.g., Parker & Asher, 1987).

Com o aumento da idade e das capacidades socio-cognitivas, tais como a capacidade de se colocar na perspectiva do outro e de estabelecer comparações sociais, as crianças e adolescentes começam a incorporar informação relativa ao que os outros pensam de si e das suas acções. Neste contexto, as relações com os pares e a aceitação pelo grupo tornam-se extremamente importantes. A adolescência, em particular, assume-se como um período normativo de elevada auto-consciência e preocupação com assuntos relacionados com a aparência física, competência social e medo de avaliação negativa por parte dos outros. A escola torna-se um ponto de encontro diário, onde se pode ser avaliado e posto à prova, por colegas e adultos, não só relativamente ao desempenho académico, mas também à forma de vestir, pentear, falar, andar...

Nesta fase, episódios transitórios de elevada ansiedade social são considerados experiências desenvolvimentais normais, causando pouca interferência no funcionamento. A fobia social representa um ponto acentuado e patológico no *continuum* de ansiedade social. Infelizmente, adolescentes tímidos e inibidos são muitas vezes considerados como estando apenas a passar por uma fase que, em breve, será ultrapassada. Embora isto possa ser verdade para alguns adolescentes, a não remissão da ansiedade social pode ter implicações significativas no ajustamento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. A fobia social pode desempenhar um papel substancial no isolamento social e comportamentos de evitamento, conduzindo à perda de oportunidades para desenvolver relações de socialização com os outros, ao não desenvolvimento de uma rede social de suporte e à inibição do desenvolvimento de ligações românticas, objectivos de extrema importância para o equilíbrio emocional.

Perante esta constatação, existe, actualmente, um grande esforço de investigação orientada para a identificação e intervenção precoces da fobia social. A literatura científica acerca da fobia social com crianças e adolescentes é numerosa e, praticamente, todos os encontros científicos, psiquiátricos ou psicológicos, dedicam, pelo menos, um simpósio à fobia social na infância e adolescência. Felizmente, também nesta área, a maior compreensão da fobia social e investigações referentes a protocolos e resultados de tratamento alteraram o seu estatuto de “perturbação negligenciada”, colocando-a no centro das atenções.

Com o objectivo de contribuir para o conhecimento deste fenómeno na população portuguesa de adolescentes, desenvolvendo temas de avaliação, prevenção e tratamento, foi elaborado um amplo projecto de investigação no domínio da perturbação de ansiedade social, do qual esta dissertação fez parte.

A nossa investigação centrou-se no desenvolvimento de um protocolo de intervenção para a fobia social na população adolescente. Este objectivo decorreu de, ao nos debruçarmos so-

bre as intervenções terapêuticas disponíveis, termos constatado que muitos aspectos considerados fulcrais nos actuais modelos cognitivos da fobia social e da psicopatologia em geral não constavam, ou não eram suficientemente explorados, em protocolos de intervenção para crianças e adolescentes.

Este trabalho está dividido em duas partes. A primeira parte consiste na revisão da literatura, incluindo quatro capítulos. O primeiro capítulo faz uma caracterização da fobia social na infância e adolescência, revendo critérios de diagnóstico, subtipos de fobia social, diagnóstico diferencial, apresentação clínica, epidemiologia, comorbilidade, impacto e consequências, procura de tratamento e etiologia. No Capítulo 2, apresentamos os modelos de conceptualização da fobia social, descrevendo aqueles que constituíram a base para o desenvolvimento dos protocolos de intervenção existentes até ao momento, bem como aqueles que serviram também de base para o desenvolvimento do nosso protocolo de intervenção. Nesta sequência, no Capítulo 3 abordamos os programas mais frequentemente utilizados e estudados no tratamento da fobia social em crianças e adolescentes. Finalmente, o quarto capítulo apresenta, resumidamente, as linhas orientadoras da construção do novo protocolo de intervenção, bem como as razões que nos levaram a seleccioná-las.

A segunda parte deste trabalho, que compreende também quatro capítulos, representa a contribuição pessoal para a compreensão e intervenção na fobia social em adolescentes. No Capítulo 5, são apresentados os objectivos e hipóteses, o processo de selecção da amostra, os instrumentos de avaliação utilizados, os procedimentos e o desenho da investigação. Os Capítulos 6 e 7 são capítulos de descrição de resultados. O Capítulo 6 descreve os resultados do estudo do subtipo generalizado de fobia social e do subtipo a que chamámos fobia social específica a situações de desempenho escolar. O Capítulo 7 descreve os resultados relativos ao estudo da eficácia do novo protocolo de intervenção “Ser Eu Próprio entre os Outros”, incluindo os diversos estudos realizados para atingir este objectivo. Finalmente, o Capítulo 8 inclui a discussão dos resultados encontrados, as conclusões, as limitações dos estudos e algumas direcções para investigação futura.

Uma vez que o objectivo principal desta investigação consistiu na construção e estudos de eficácia de um novo protocolo terapêutico, os procedimentos e componentes deste protocolo encontram-se descritos num manual, que apresentamos num anexo independente (“Ser Eu Próprio entre os Outros” – Manual).

E

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO



Capítulo 1

Caracterização e avaliação da fobia social em crianças e adolescentes

Numa ou noutra altura, já todos experienciámos algum grau de ansiedade social. Pode ter sido antes da apresentação de um trabalho, num primeiro encontro com um namorado, numa entrevista de emprego ou numa festa onde não conhecíamos muita gente. De facto, algum grau de ansiedade social pode ser adaptativo. A preocupação com a opinião dos outros pode inibir comportamentos socialmente inaceitáveis, incentivar a obediência de regras e convenções e motivar para uma melhor preparação e desempenho de uma variedade de tarefas sociais.

Não obstante, se bem que qualquer criança ou adolescente possa experienciar ansiedade em situações sociais, as crianças e adolescentes com fobia social distinguem-se pela frequência e intensidade com que experienciam essa ansiedade e pelo tipo e frequência de comportamentos adaptativos ou mal adaptativos com que lidam com as situações (Beidel, 1991).

Neste primeiro capítulo, procuraremos fornecer informação que permita caracterizar a fobia social na infância e adolescência. Começaremos por apresentar a evolução dos critérios de diagnóstico de fobia social, nomeadamente os aplicados a esta fase do desenvolvimento, incluindo os actuais critérios de diagnóstico do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) e da ICD-10 (World Health Organization, 1992, 1994). Ainda neste contexto, abordaremos a questão dos subtipos de fobia social, o diagnóstico diferencial com outras perturbações e a apresentação clínica mais comum em crianças e adolescentes. Terminada esta apresentação da fobia social, apresentaremos dados relativos à prevalência, idade de início e curso da perturbação, bem como informação acerca da comorbilidade, impacto e procura de tratamento para a perturbação de ansiedade social em crianças e adolescentes. Abordaremos, ainda, os dados mais relevantes, respeitantes à etiologia e desenvolvimento da fobia social. Por fim, apresentaremos algumas considerações relativas à avaliação, bem como os métodos mais utilizados na avaliação de crianças e adolescentes com fobia social.

1. Diagnóstico e apresentação clínica

1.1. Critérios de diagnóstico

As primeiras edições do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-I e DSM-II; American Psychiatric Association, 1952 e 1968) não contemplavam os

medos sociais num diagnóstico à parte. Para a população adulta, todas as fobias eram agrupadas numa só categoria, enquanto que a população infantil com ansiedade social poderia ter sido diagnosticada, quando muito, com “reação de ajustamento da infância” com “traços neuróticos”, na DSM-I (American Psychiatric Association, 1952), “reação de evitamento na infância (ou adolescência)” ou “reação de ansiedade excessiva na infância (ou adolescência)”, na DSM-II (American Psychiatric Association, 1968).

A fobia social é, finalmente, reconhecida como entidade diagnóstica no DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), sendo considerada como um medo excessivo e irracional e desejo de evitar situações nas quais se possa ser alvo do escrutínio por parte dos outros, por medo de poder comportar-se de uma forma humilhante ou embaraçosa. Embora este diagnóstico pudesse ser atribuído tanto a adultos como a crianças e adolescentes (se se aplicasse), o DSM-III incluía duas outras categorias diagnósticas que podiam incluir medos sociais na infância – a perturbação evitante da infância e adolescência e a perturbação de ansiedade excessiva da infância e adolescência –, ambas pertencentes a uma secção designada “perturbações de ansiedade na infância e adolescência”. A primeira categoria – perturbação evitante – era descrita como uma limitação excessiva e persistente do contacto social com estranhos, com uma gravidade que interfere com o funcionamento social na relação com os pares, ao mesmo tempo que demonstra um desejo claro de afecto e aceitação, bem como relações próximas e satisfatórias com membros da família ou outras figuras conhecidas. A perturbação de ansiedade excessiva era descrita como “uma preocupação excessiva e comportamentos de medo” e incluía dois critérios que indicavam “preocupação excessiva relativamente à competência em diversas áreas” e “auto-avaliação exagerada ou susceptibilidade a sentir-se humilhado numa situação embaraçosa (APA, 1980, p. 55).

No entanto, mesmo depois da inclusão da fobia social no DSM-III (APA, 1980), a fobia social em crianças e adolescentes continuou a receber muito pouca atenção por parte dos investigadores. Uma explicação possível seria a crença de que os medos nas crianças são bastante comuns (Barrios & O’Dell, 1989) e de que as crianças tímidas acabariam por ultrapassar a timidez (Bruch, Giordano, & Pearl, 1986). Por outro lado, o DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) permitia classificar medos sociais na infância em diversas categorias (fobia social, perturbação evitante, perturbação de excesso de ansiedade e mutismo selectivo). Assim, até finais dos anos 80 e princípios dos anos 90, a fobia social em crianças e adolescentes (enquanto entidade diagnóstica) era relativamente ignorada (Beidel & Morris, 1995).

Os diagnósticos de fobia social, perturbação evitante e perturbação de ansiedade excessiva da infância e adolescência foram mantidos no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Os critérios para fobia social foram aumentados, incluindo-se exemplos específicos de situações ansiógenas, a possibilidade de evitar ou aguentar a situação com intensa ansiedade e um critério de interferência relacionado com o evitamento das situações. Foi também a primeira vez que surgiu a especificação do subtipo generalizado (se o indivíduo receasse a maioria das situações sociais). No entanto, tal como acontecia já para o DSM-III, a validade da distinção entre fobia social e perturbação evitante da infância e adolescência era altamente questionada, com os dados da investigação a não encontrarem diferenças significativas entre crianças

diagnosticadas com uma ou com outra condição (Francis, Last, & Strauss, 1992). Por outro lado, a sobreposição de critérios destes três diagnósticos provocou muitas vezes diagnósticos errados, que confundiam interpretações de dados clínicos e epidemiológicos.

Nesta sequência, o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) eliminou a perturbação evitante da infância e adolescência, enquanto que o diagnóstico de perturbação de ansiedade excessiva da infância e adolescência foi absorvido pela perturbação de ansiedade generalizada (aplicável a adultos, crianças e adolescentes). Os critérios de fobia social foram de novo modificados, sendo o aspecto fundamental desta modificação a maior atenção dedicada às diferenças desenvolvimentais, relativamente à apresentação do quadro em crianças (cf. Quadro 1.1.).

Quadro 1.1. Critérios de Diagnóstico do DMS-IV para a Fobia Social

A. Medo intenso e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo está exposto a pessoas desconhecidas ou ao possível escrutínio dos outros. O indivíduo receia comportar-se (ou mostrar sinais de ansiedade) de modo humilhante ou embaraçoso.

Nota: Nas crianças, deve existir evidência da capacidade de relacionamento social apropriado à idade com pessoas familiares, e a ansiedade deve ocorrer em contextos com os pares e não apenas em interações com adultos.

B. A exposição às situações sociais receadas provoca quase sempre ansiedade, a qual pode tomar a forma de um ataque de pânico situacional.

Nota: Nas crianças, a ansiedade pode ser expressa através de choro, birras ou imobilização e “encolhimento”, em situações sociais com pessoas não familiares.

C. O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional.

Nota: Nas crianças este aspecto pode estar ausente.

D. As situações sociais ou de desempenho receadas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade ou desconforto.

E. O evitamento, a ansiedade antecipatória ou o desconforto nas situações sociais ou de desempenho interferem significativamente com a rotina normal do indivíduo, com o seu funcionamento ocupacional (ou académico), com as actividades ou relações sociais, ou existe um mal-estar intenso por ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos de idade, a duração é de, pelo menos, 6 meses.

G. O medo ou evitamento não é devido a efeitos fisiológicos de uma substância (e.g., abuso de droga ou medicação), ou a uma condição física geral, e não é melhor explicado por nenhuma outra perturbação mental (e.g., Perturbação de Pânico com ou sem Agorafobia, Ansiedade de Separação, Perturbação Dismórfica Corporal, Perturbação Global do Desenvolvimento, ou Perturbação de Personalidade Esquizóide).

H. Se uma condição física ou outra perturbação mental estiverem presentes, o medo do critério A. não está relacionado com elas; por exemplo, não é medo de gaguejar numa Gaguez, de tremer na Doença de Parkinson, ou de exibir um comportamento alimentar anormal na Anorexia ou Bulimia Nervosa.

Especificar se:

Generalizada: se os medos incluem a maioria das situações (considere igualmente o diagnóstico adicional de Perturbação Evitante de Personalidade).

(adaptado de DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994)

As alterações efectuadas pelo DSM-IV (APA, 1994) tiveram várias implicações importantes (Beidel & Turner, 2007): (1) agrupar os medos avaliativos numa só categoria permite uma determinação mais precisa da prevalência e da comorbilidade; (2) incluir descrições que especificam como a perturbação pode ser expressa em crianças chama a atenção para esta população, o que é particularmente importante dado que se trata de uma condição crónica (Turner & Beidel, 1989) e relacionada com outras condições comórbidas (ver ponto 3.1. deste Capítulo); (3) exigir que a criança manifeste capacidade para se relacionar com figuras familiares ajuda a efectuar o diagnóstico diferencial com perturbações globais do desenvolvimento; (4) exigir que a criança manifeste ansiedade no contexto com os pares, e não apenas com adultos, ajuda a distinguir medos clínicos de medos normais, evidenciados pelas crianças no relacionamento com adultos desconhecidos ou em posições de autoridade; (5) descrever a expressão de ansiedade, através de choros ou birras, pode ajudar a não confundir este comportamento motivado pelo medo com a desobediência de um quadro de Perturbação de Oposição; (6) não exigir o reconhecimento de que o medo é excessivo permite diagnosticar crianças mais novas que ainda não possuem as capacidades perceptivas ou cognitivas para reconhecer a irracionalidade dos seus medos.

Apesar dos avanços conseguidos pelo DSM-IV (APA, 1994) na definição de fobia social, mantêm-se, contudo, algumas dificuldades na sua utilização. Em primeiro lugar, muitos dos critérios estão definidos vagamente e são deixados ao critério do clínico. Por exemplo, “medo marcado e persistente”, “intensa ansiedade e desconforto” e “interfere significativamente com a rotina” (APA, 1994, pp. 416-417). Estes critérios não dão exemplos clínicos, nem sugerem escalas de avaliação para distinguir casos clínicos de casos subclínicos, principalmente considerando a alta prevalência de medos sociais na população geral e, em particular, na população adolescente (muitos deles subclínicos e transitórios). A ADIS-C (Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência) (Silverman & Albano, 1996a) tenta colmatar esta questão, utilizando uma escala de 0 a 8 para classificar o medo ou desconforto sentidos, o grau de evitamento e o grau de interferência, apenas considerando como significativa, para qualquer destas classificações, uma pontuação igual ou superior a 4. Em segundo lugar, é dada muito pouca orientação relativamente ao diagnóstico diferencial com outras perturbações da infância e adolescência, sendo, mais uma vez esta discriminação deixada ao critério do clínico, considerando os aspectos relevantes dos outros quadros de diagnóstico.

Relativamente a outro sistema de classificação, foi apenas em 1992 que a ICD-10 (World Health Organization, 1992) reconheceu a fobia social como categoria diagnóstica independente. Para além de uma categoria diagnóstica dedicada à fobia social (Quadro 1.2.), que apresenta algumas diferenças na descrição da fobia social relativamente ao DSM-IV (APA, 1994), a ICD-10 inclui uma categoria designada “Perturbação de Ansiedade Social na Infância” (Quadro 1.3.). Esta categoria, como o próprio nome indica, destina-se apenas à classificação de crianças, incluindo muitos dos aspectos especificados pelo DSM-IV (APA, 1994), mas acrescentando um aspecto relacionado com o início da perturbação e limitando o diagnóstico a manifestações clínicas de ansiedade social que ocorreram antes dos 6 anos (critério E). Para

além disso, requer apenas uma duração de 4 semanas, para que possa efectuar-se o diagnóstico.

Quadro 1.2. Critérios de Diagnóstico da ICD-10 para a Fobia Social

<p>A. Cada um dos seguintes deve estar presente:</p> <p>(1) Medo marcado de ser o centro das atenções, ou medo de se comportar de forma embaraçosa ou humilhante.</p> <p>(2) Evitamento marcado de ser o centro das atenções, ou de situações nas quais tem medo de se comportar de forma embaraçosa ou humilhante.</p> <p>Estes medos manifestam-se em situações sociais, tais como comer ou falar em público, encontrar pessoas desconhecidas em público ou entrar em situações de pequenos grupos (e.g., festas, reuniões, salas de aula).</p> <p>B. Pelo menos dois sintomas de ansiedade na situação temida, tal como é definido em F40.0, critério B, devem manifestar-se em algum momento desde o aparecimento da perturbação, juntamente com, pelo menos, dois dos seguintes sintomas:</p> <p>(1) ruborizar ou tremer</p> <p>(2) medo de vomitar</p> <p>(3) urgência ou medo de urinar ou defecar</p> <p>C. A perturbação emocional significativa é causada pelos sintomas ou pelo evitamento e o indivíduo reconhece que estes são excessivos ou pouco razoáveis.</p> <p>D. Os sintomas restringem-se a, ou predominam nas situações temidas, ou quando estas são imaginadas.</p> <p>E. Aspecto mais comumente utilizado para exclusão: Os sintomas apresentados nos critérios A e B não são resultado de delírios, alucinações ou outras perturbações relacionadas (F20-F29), perturbações do humor (afectivas) (F30-F39), ou perturbação obsessivo-compulsiva (F42) e não são secundários a crenças culturais.</p>

(adaptação da World Health Organization, 1992)

Quadro 1.3. Critérios de Diagnóstico da ICD-10 para a Perturbação de Ansiedade Social na Infância

<p>A. Ansiedade persistente em situações sociais, nas quais a criança é exposta a pessoas não familiares, incluindo pares, manifestando um comportamento de evitamento social.</p> <p>B. A criança demonstra auto-consciência, embaraço ou preocupação excessiva acerca da adequação do seu comportamento, quando interage com figuras não familiares.</p> <p>C. Existe uma interferência significativa com as relações sociais (incluindo com pares) que, conseqüentemente, se encontram limitadas; quando uma situação social é nova ou forçada, causa um desconforto intenso manifestado por choro, diminuição do discurso espontâneo ou saída da situação social.</p> <p>D. A criança possui relações sociais satisfatórias com figuras familiares (membros da família ou pares que conhece bem).</p> <p>E. O início da perturbação coincide habitualmente com uma fase desenvolvimental, em que essas reacções de ansiedade são consideradas apropriadas. O grau anormal, a persistência ao longo do tempo e a interferência associada deve ser manifestada antes dos 6 anos.</p> <p>F. Não são preenchidos critérios para perturbação de ansiedade generalizada da infância.</p> <p>G. A perturbação não ocorre como parte de uma perturbação emocional, de conduta ou de personalidade, nem de uma perturbação global do desenvolvimento, perturbação psicótica ou perturbação de uso de substâncias psicoactivas.</p> <p>H. A duração deve ser de, pelo menos, 4 semanas.</p>

(adaptação da World Health Organization, 1994)

Ao constarmos as alterações efectuadas ao longo dos DSM e considerando algumas diferenças da ICD-10, damo-nos conta de como a definição de fobia social foi, e pode continuar a ser, revista e especificada. No entanto, o constructo nuclear da fobia social, como sendo o medo da avaliação negativa por parte dos outros, tem permanecido estável ao longo do tempo e das várias alterações sofridas nos sistemas de classificação.

1.2. Subtipos

Como acabámos de referir, o subtipo generalizado de fobia social foi acrescentado à descrição desta entidade nosológica no DSM-III-R (APA, 1987). O DSM-IV (APA, 1994) manteve-o. Ambos o definem como “quando os medos do indivíduo estão relacionados com a maioria das situações sociais” (APA, 1994, pp. 411-412), acrescentando que, habitualmente, os indivíduos com fobia social generalizada receiam situações de desempenho e situações de interacção social. Desde esta inclusão do subtipo generalizado que existe um debate aceso para determinar se os dois subtipos são apenas diferentes pontos num *continuum* de gravidade da mesma perturbação, ou se são suficientemente diferentes, em termos qualitativos, que justifique considerá-los como subtipos ou entidades diferentes.

Como resultado do facto de nenhum dos dois manuais ter especificado o número ou tipo de situações sociais que definissem o subtipo generalizado, diversos grupos de investigação têm desenvolvido definições operacionais diferentes para o subtipo generalizado, bem como para o subgrupo altamente heterogéneo que resta, e que “tanto pode incluir pessoas que apenas temem uma situação, como outras que receiam diversas mas não a maioria das situações sociais” (APA, 1994, p. 412)¹. Por exemplo, Turner, Beidel e Townsley (1992) e Stemberger, Turner, Beidel e Calhoun (1995), numa perspectiva qualitativa, incluíram, no subtipo generalizado, indivíduos com medos de situações de interacção e, no subtipo específico, os indivíduos que apenas temiam situações de desempenho (independentemente do número de situações recedadas em cada subtipo). Optando por outra definição, numa perspectiva quantitativa, Heimberg e colaboradores (Heimberg, Holt, Schneider, Spitzer, & Liebowitz, 1993) sugeriram 3 subtipos de fobia social possíveis: generalizado (se todas as áreas de funcionamento estiverem afectadas), não-generalizado (se o indivíduo funcionar, pelo menos num domínio social sem ansiedade significativa) e circunscrito (se o indivíduo experiencia ansiedade em apenas uma ou duas situações). Outros grupos adoptam outras definições, existindo quase tantas definições operacionais relativamente aos subtipos, quantos os grupos de investigação.

Em face destas diferenças, torna-se difícil, senão desprovido de sentido, querer comparar estudos que utilizam diferentes definições operacionais dos subtipos de diagnóstico (Hofmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004). No entanto, e não querendo efectuar esta comparação, deixamos aqui, resumidamente, as principais conclusões dos imensos estudos que têm abordado esta questão nos últimos anos. Uma vez que a literatura referente a crianças e adolescentes,

¹ Este grupo de indivíduos que não preenche critérios para ser diagnosticado com fobia social generalizada tem sido designado como discreto, limitado, circunscrito, não-generalizado ou específico por diferentes investigadores.

acerca do estudo dos subtipos, é bastante escassa e contraditória e que um dos nossos estudos se relaciona com esta temática, faremos primeiro uma incursão nos resultados dos estudos efectuados na população adulta com fobia social.

Relativamente à distinção entre os subtipos, no que toca à investigação em adultos com fobia social, e independentemente das diferenças na definição operacional de fobia social generalizada, a literatura relata que, pelo menos, 50% dos indivíduos com fobia social preenchem critérios para fobia social generalizada (Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Mannuzza *et al.*, 1995; Stein, Walker, & Forde, 1996) e que, comparativamente ao subtipo específico, o subtipo generalizado apresenta classificações mais elevadas nas medidas de ansiedade e evitamento social (Bogels & Reith, 1999; Brown *et al.*, 1995; Gelernter, Stein, Tancer, & Uhde, 1992; Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Hofmann & Roth, 1996; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Stein & Chavira, 1998; Turner, Beidel, & Townsley, 1992), uma maior comorbilidade (Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004; Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Hofmann & Roth, 1996; Holt *et al.*, 1992; Kessler, Stein, & Berglund, 1998; Vriends, Becker, Meyer, Michael, & Margraf, 2007)² e uma idade de início mais baixa (média=10.9 anos, com metade dos sujeitos a relatarem inícios antes dos 10 anos) (Chavira *et al.*, 2004; Holt *et al.*, 1992; Mannuzza *et al.*, 1995). Porém, e apesar destas diferenças, os dois grupos não se distinguem nas classificações subjectivas de interferência (Stemberger, Turner, Beidel, & Calhoun, 1995a) causada pela fobia social, embora pareça existir evidência de que o subtipo generalizado terá uma interferência mais marcada (Kessler *et al.*, 1998; Schneier *et al.*, 1994; Vriends *et al.*, 2007).

Outras investigações tentaram estudar diferenças entre os subtipos, baseadas em medidas psicofisiológicas durante situações de exposição, tendo encontrado que, embora os indivíduos do subtipo generalizado tenham relatado maior ansiedade subjectiva, os indivíduos do subtipo específico apresentaram frequências cardíacas mais elevadas (Boone *et al.*, 1999; Heimberg, Hope *et al.*, 1990; Hofmann, Newman, Ehlers, & Roth, 1995; Levin *et al.*, 1993).

Quanto a diferenças demográficas, os estudos diferem nos resultados, embora a maioria tenda a não encontrar diferenças entre os subtipos quanto à idade, género e nível socioeconómico (Herbert *et al.*, 1992; Hofmann & Roth, 1996; Holt *et al.*, 1992; Mannuzza *et al.*, 1995; McNeil *et al.*, 1995; Stemberger, Turner, Beidel, & Calhoun, 1995).

Relativamente à origem traumática da fobia social, embora um estudo sugira um maior número de casos com início traumático no subtipo específico (Stemberger *et al.*, 1995a), um outro estudo refere que, ainda que uma grande percentagem de indivíduos deste subtipo possa relatar experiências traumáticas, a maioria destas ocorreram depois do início da fobia (Hofmann, Ehlers, & Roth, 1995), pelo que não podemos tirar conclusões acerca deste aspecto. Quanto a factores hereditários ou familiares, os pais de indivíduos com o subtipo generalizado tinham maior probabilidade de apresentar também uma fobia social (Mannuzza *et al.*,

² Duas excepções manifestam-se na população adolescente, em que Hofmann e colaboradores (1999) não encontraram diferenças entre os subtipos a nível da comorbilidade e Marmorstein (2006) encontrou maiores valores de comorbilidade nos adolescentes do subtipo não generalizado.

1995; Stein, Chartier, Hazen *et al.*, 1998), de terem sido pouco sociáveis, mais isolados, mais controladores e emocionalmente distantes (Bruch & Heimberg, 1994).

Finalmente, alguns estudos têm sugerido que o subtipo generalizado pode ser um preditor de fracos resultados de tratamento (Brown *et al.*, 1995; Heimberg, Dodge *et al.*, 1990; Hope, Herbert, & White, 1995; Turner *et al.*, 1992), enquanto que outros estudos desconfirmam esta hipótese (Gorman, Liebowitz, Fyer, Campeas, & Klein, 1985; Liebowitz *et al.*, 1992; Uhde, Tancer, Black, & Brown, 1991). Quanto a esta questão, concordamos com Hofmann e Otto (2008), de que uma intervenção mais ou menos longa e “bem talhada” ao caso particular de fobia social poderá obter bons resultados.

Em face dos dados apresentados, Hofmann e colaboradores (2004) defendem uma classificação dimensional, não baseada no número de situações temidas, mas baseada nas respostas emocionais e tendências comportamentais dos indivíduos, considerando esta abordagem mais de acordo com os resultados da investigação e menos restritiva do que um sistema categorial. Todavia, acrescentam que as classificações propostas até ao momento não abarcam o extenso leque de expressão da fobia social. Mais recentemente, Hofmann & Otto (2008) sugerem que talvez pudessem ser identificados distintos subgrupos, baseados em certos factores temperamentais ou de personalidade, que estão a ser objecto de estudo em várias investigações (Hofmann & Bitran, 2007; Hofmann & Loh, 2006; Kashdan & Hofmann, 2008).

Por outro lado, um estudo recente de Vriends e colaboradores (2007), à semelhança de um estudo de Stein e colaboradores (Stein, Torgrud, & Walker, 2000), encontrou evidência empírica para um modelo baseado num *continuum* de gravidade da fobia social. Os autores constataram que um maior número de situações sociais temidas estava significativamente associado a maior comorbilidade, maior interferência, maior necessidade subjectiva de tratamento e maior procura de tratamento nos últimos 12 meses, mais atitudes disfuncionais, menor saúde mental e menor suporte social. Investigadas diferenças entre subtipos, baseados no número e tipo de situações sociais temidas, os autores concluem que estas divisões em subtipos nada acrescentaram ao modelo de um *continuum* do número de medos sociais (Vriends *et al.*, 2007). Esta posição coincide com a posição há muito defendida por Rappe (1995) de que “tentar distinguir subtipos pode simplesmente reflectir cortes arbitrários ao longo de um *continuum* (p. 45).

Na **adolescência**, os dados empíricos relativos aos subtipos estão marcados por contradições. Quanto à prevalência dos subtipos, alguns estudos encontraram uma menor prevalência do subtipo generalizado. Hofmann e colaboradores (1999) encontraram 45.5%, enquanto Wittchen, Stein e Kessler (1999) encontraram um terço de adolescentes com fobia social generalizada nas suas amostras de fobia social. Da mesma forma, numa amostra da comunidade, Lieb e colaboradores (2000) encontram 1.1% de indivíduos com fobia social generalizada e 4.4% com fobia social não generalizada. No entanto, Beidel e colaboradores (1999) haviam encontrado na sua amostra de fobia social apenas 11% de fobias sociais não específicas, contra 89% de fobias sociais generalizadas e Beidel e colaboradores (2007) encontraram 92% de fobia social generalizada na sua amostra.

Na distribuição dos subtipos por sexos, os resultados também diferem, com alguns estu-

dos a encontrarem prevalências superiores do subtipo generalizado nas raparigas (Lieb *et al.*, 2000; Wittchen *et al.*, 1999) e outros a não encontrarem diferenças nas prevalências dos dois sexos (Hofmann *et al.*, 1999).

No que respeita a outros aspectos, Wittchen e colaboradores (1999) verificaram que o subtipo dos adolescentes com fobia social não generalizada era largamente caracterizado por medos de situações de desempenho e situações de teste, enquanto que os adolescentes com fobia social generalizada relatavam mais medos, como medo de falar em público, situações de teste e desempenho, falar com outras pessoas, participar em actividades sociais e comer e beber frente aos outros. Apresentavam ainda uma idade de início mais precoce, maior persistência dos sintomas, maior comorbilidade, maior interferência, maior procura de tratamento, valores mais elevados de inibição comportamental e maior incidência de separação e psicopatologia dos pais.

Por sua vez, Hofmann e colaboradores (1999) encontraram valores superiores de ansiedade geral (avaliadas pela RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978), no subtipo generalizado, e valores superiores de medos e de sintomatologia depressiva (avaliados pelo FSSC-R e pelo CDI, respectivamente; Ollendick, 1983; Kovacs, 1985), mas que não atingiram significância estatística (talvez devido ao reduzido número de indivíduos). No entanto, em termos de diagnósticos avaliados na entrevista, não foi encontrada uma maior comorbilidade com perturbações ansiosas ou depressivas. Considerando os resultados elevados nos questionários de auto-resposta acabados de referir e os elevados níveis de comorbilidade apresentados na idade adulta, os autores sugerem que talvez os adolescentes com fobia social generalizada estejam mais vulneráveis a desenvolver perturbações ansiosas ou depressivas mais tarde. Esta inferência vai ao encontro dos dados de Wittchen e colaboradores (1999) que encontraram um aumento da comorbilidade à medida que a idade aumentava. Ainda relativamente à comorbilidade, e para acrescentar às discrepâncias, Marmostein (2006) encontrou que, embora ambos os subtipos apresentassem uma elevada comorbilidade com outras perturbações ansiosas, era o subtipo não generalizado o que manifestava maior comorbilidade com perturbações depressivas e externalizantes. Finalmente, Lieb e colaboradores (2000) encontraram uma associação mais forte para o subtipo generalizado entre a fobia generalizada dos adolescentes e a psicopatologia (incluindo fobia social) dos seus pais.

Em *síntese*, com base nos resultados apresentados, e à semelhança do que acontece na população adulta, continua a não existir consenso no que se refere à existência de diferenças qualitativas ou quantitativas entre os subtipos de fobia social. Alguns autores defendem um *continuum* entre os subtipos, enquanto outros defendem que os dois subtipos são perturbações diferentes na sua génese, prognóstico e necessidade de diferentes tratamentos. A falta de clareza e consenso dos resultados poderá ser explicada pelas diferentes definições dos subtipos, diferentes análises estatísticas e diferentes amostras (clínica ou da comunidade). Mais ainda do que na população adulta são necessários estudos na população infanto-juvenil para aclarar esta questão.

1.3. Diagnóstico diferencial

No caso de se preencherem os critérios de diagnóstico para várias perturbações, a fobia social em crianças e adolescentes pode aparecer em comorbilidade com muitas das perturbações que exporemos a seguir. Contudo, pode também acontecer que sintomas que podem ser interpretados como pertencendo a um diagnóstico façam parte e sejam melhor explicados por outro, sendo necessário e importante estabelecer o diagnóstico diferencial.

Fobia social e medos sociais normais

A fobia social deve começar por ser distinguida de um grau de auto-consciência e embaraço típicos da infância e adolescência. Níveis subclínicos de ansiedade podem ser expressos em preocupações com uma prova oral ou com a apresentação de um trabalho, entrada para uma turma nova ou hesitação na proposta de um encontro amoroso. Ansiedade antecipatória em situações como estas é normal, transitória e circunscrita, dissipando-se à medida que se ganha experiência com a tarefa e através da facilitação social obtida do grupo de pares. Pelo contrário, a fobia social pode apresentar um padrão de situações receadas mais abrangente e uma maior intensidade, persistindo no tempo e não se atenuando com a experiência (Albano, Dibartolo, Heimberg, & Barlow, 1995).

Fobia social, perturbação de pânico com ou sem agorafobia e agorafobia sem história de perturbação de pânico

Embora os adolescentes com perturbação de pânico com agorafobia possam também demonstrar medo e evitamento de situações sociais, a origem do medo é diferente. Na perturbação de pânico, o medo é dos sintomas de ansiedade experienciados e, na agorafobia, o medo é de um ataque de pânico ou de perder o controlo em situações sociais em que possa ser difícil sair. Por seu lado, na fobia social, mesmo que apresente crises de pânico, o medo não é dos sintomas em si, mas da possibilidade de eles poderem ser observáveis pelos outros e da consequente avaliação negativa. Para além disso, os sintomas de ansiedade social apenas acontecem em antecipação ou na presença das situações sociais receadas, enquanto que na perturbação de pânico e agorafobia os sintomas podem surgir em situações em que não há ninguém ao redor, por exemplo, sozinhos em casa (APA, 1994).

Fobia social e fobias simples

A fobia social pode distinguir-se das fobias simples, com base no núcleo do medo. Enquanto que na fobia social o núcleo do medo é a avaliação negativa dos outros, nas fobias simples é um objecto ou situação específica (e.g., cães, alturas, agulhas), que não envolvem, necessariamente, o contacto social (APA, 1994).

Fobia social e perturbação de ansiedade generalizada

A fobia social distingue-se da perturbação de ansiedade generalizada pelo facto de esta última não se restringir a preocupações com situações em que existe a possibilidade de uma avaliação negativa, estendendo-se a um amplo número de situações como estudos, família, saúde própria ou de familiares, e por incluir também sintomas somáticos, como tensão muscular, dificuldades de concentração e perturbações do sono (APA, 1994).

Fobia social e perturbação de ansiedade de separação

A ansiedade de separação é conceptualizada como uma preocupação excessiva com a separação de figuras de vinculação. Crianças e adolescentes com esta perturbação têm medo que algo possa acontecer às figuras de vinculação ou a si próprios na ausência daquelas. A perturbação de ansiedade de separação poderá ser de difícil distinção da fobia social, por muitas vezes implicar também o evitamento de situações sociais e com pessoas desconhecidas. No entanto, na perturbação de ansiedade de separação a criança ou adolescente está cómodo numa situação social em que as figuras de vinculação estejam presentes, o mesmo não acontecendo na fobia social, em que o medo não é da separação, mas do escrutínio dos outros (APA, 1994).

Fobia social e episódio depressivo major ou distímia

O evitamento de situações de interacção social pode também estar presente nas perturbações de humor. No entanto, nestes casos, o evitamento não é devido a ansiedade social, mas à falta de energia e à anedonia típica daquelas perturbações (APA, 1994).

Fobia social e mutismo selectivo

O mutismo selectivo é descrito como uma recusa em falar em determinadas situações sociais, apesar de existir a capacidade de falar e compreender a linguagem falada, e apesar de, noutros contextos (e.g., em casa), se expressar verbalmente de uma forma adequada (APA, 1994). Muitos autores têm defendido que o mutismo selectivo é uma variante mais grave da fobia social, em que o medo e pânico intensos podem conduzir à dificuldade em falar em determinados contextos (Black & Uhde, 1992). No entanto, Yeganeh e colaboradores (Yeganeh, Beidel, & Turner, 2006; Yeganeh, Beidel, Turner, Pina, & Silverman, 2003) não encontraram evidências de maiores níveis de ansiedade social, em questionários de auto-resposta, nos casos de mutismo selectivo. Embora pareça existir uma relação óbvia entre o mutismo selectivo e a fobia social, a natureza exacta desta relação parece confusa, podendo o mutismo selectivo estar também relacionado com défices na linguagem, perturbações do desenvolvimento ou perturbação de oposição (Manassis *et al.*, 2003; Viana, Beidel, & Rabian, 2009; Yeganeh *et al.*, 2003). Perante esta informação, Beidel e Turner (2007) sugerem que se conceptualize o mutismo selectivo como se faz com a recusa escolar – não como uma perturbação, mas como um comportamento que poderá estar relacionado com uma variedade de perturbações. Em face desta situação, o diagnóstico diferencial entre estas duas condições permanece um desafio para o clínico.

Fobia social e perturbação global do desenvolvimento

Ainda que, na perturbação global do desenvolvimento, exista um evitamento de situações sociais, a falta de interesse pela relação com os outros, a incapacidade de estabelecer relações apropriadas à idade e a presença de padrões repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses e actividades, faz o diagnóstico diferencial com a fobia social (APA, 1994).

Fobia social e perturbações externalizantes

As crianças com perturbação de défice de atenção e hiperactividade podem apresentar um mal-estar substancial em situações sociais. Por vezes, têm receio das suas acções impulsivas e do embaraço e crítica que daí poderão resultar. No entanto, para estas crianças ou adolescentes, os seus receios são justificados e não irrealistas como na fobia social, já que a forma como se podem comportar com os outros em situações sociais pode, efectivamente, ser desadequada (e.g., não esperar pela vez nos jogos, interromper actividades e conversas) e conduzir à rejeição (Beidel & Turner, 2007).

Por outro lado, é necessário distinguir comportamentos que cumprem critérios para perturbação de oposição, de comportamentos de oposição que podem ocorrer em contextos sociais com o objectivo de os evitar (Beidel & Turner, 2007).

Recusa Escolar

A recusa escolar pode, ou não, ser devida a uma fobia social. Como tal, uma intervenção eficaz depende da correcta identificação do motivo por detrás desta recusa. De facto, a recusa à escola pode ser frequente na fobia social, por incluir uma série de situações e actividades habitualmente receadas (e.g., ir ao quadro, ler em voz alta, comer na cantina, participar nas aulas de ginástica). Apesar disso, esta recusa pode também ser devida a sintomatologia depressiva (pelo desinteresse típico pela maior parte das actividades), a uma fobia específica (e.g., saltar no trampolim), a ansiedade de separação (se o medo for da separação das figuras de vinculação) ou a uma perturbação obsessivo-compulsiva (se o ambiente escolar incluir os estímulos que desencadeiam as obsessões e compulsões) (Beidel & Turner, 2007).

Fobia social e perturbações da personalidade

Os adolescentes com fobia social podem apresentar alguns aspectos de perturbações de personalidade, sem que cumpram com todos os critérios que permitiriam estabelecer um diagnóstico. Nos adultos, o diagnóstico mais frequentemente citado para estabelecer diagnóstico diferencial com a fobia social é a perturbação evitante de personalidade. Apresentando uma comorbidade elevada entre si, o debate relativamente a se a fobia social e a perturbação evitante de personalidade são entidades diagnósticas qualitativamente distintas, ou condições da mesma perturbação, apenas quantitativamente diferentes, continua. Os critérios de ambas as perturbações sobrepõem-se (APA), sendo que a perturbação evitante de personalidade inclui apenas um critério que não envolve aspectos de interacção social. Para além disso, ambas apresentam uma idade de início precoce e uma interferência grave no funcionamento global. Não querendo alongar este trabalho com a discussão desta questão, remetemos o leitor para a revisão efectuada por Piqueras (2005). Basta acrescentar que, em adolescentes com fobia social, é também habitual evitarem actividades que envolvem o contacto interpessoal, terem apenas um ou dois amigos ou considerarem-se pouco atraentes, características da perturbação evitante de personalidade.

Por outro lado, podem também surgir aspectos obsessivos característicos de uma perturbação obsessiva de personalidade, embora sem que todos os critérios estejam presentes. As ca-

racterísticas mais comuns são a excessiva preocupação com um comportamento correcto, o perfeccionismo e alguma rigidez e escrupulosidade (Beidel & Turner, 2007). A diferença entre as duas é que, ao contrário da maioria de indivíduos com perturbação obsessiva de personalidade, os adolescentes com fobia social atribuem a si próprios os fracassos e os erros cometidos nas situações sociais.

1.4. Apresentação clínica

As crianças e adolescentes diagnosticados com fobia social podem recear um vasto número de **situações sociais**, tanto mais amplo quanto se trate de uma fobia social generalizada.

Na escola — o contexto frequentemente mais afectado e com maior interferência —, as situações mais temidas dizem respeito a: fazer ou ter a entrega de testes ou fichas de avaliação, ler em voz alta em frente à turma, apresentar um trabalho oralmente, pedir ajuda ou fazer uma pergunta ao professor, ir ao quadro, participar na aula, fazer um trabalho de grupo, fazer a aula de educação física ou de música, trocar de roupa ou tomar banho nos balneários, envolver-se em actividades extra-curriculares, chamar a atenção a um colega que não fez a parte dele num trabalho de grupo, jogar futebol, andar pelos corredores ou *hall* da escola, comer na cantina, ir aos cacifos, participar em jogos ou conversas com os colegas no intervalo e participar nas festas da escola (Albano *et al.*, 1995; Beidel & Randall, 1994; Beidel & Turner, 2007; Beidel, Turner, & Morris, 1999; Beidel *et al.*, 2007; Cunha, 2005; Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Hofmann *et al.*, 1999; Kearney, 2005; Rao *et al.*, 2007; Strauss & Last, 1993; Wittchen *et al.*, 1999). Como consequência da ansiedade sentida, são frequentes as queixas somáticas, as idas ao gabinete médico, a saída da escola mais cedo, os evitamentos de actividades e o isolamento e relutância em ir à escola (e.g., em dias de apresentação de trabalhos ou de entrega de testes).

Outros contextos não relacionados com a escola incluem também diversas situações que desencadeiam desconforto e evitamento. Entre as mais comuns, incluem-se ir a festas, utilizar casas de banho públicas, falar informalmente com colegas ou com colegas e amigos dos pais, convidar um amigo para fazerem uma actividade juntos, iniciar ou juntar-se a uma conversa, ir a bailes da escola ou discotecas, expressar sentimentos à pessoa por quem está interessado, ter encontros amorosos, participar em encontros com a família alargada, atender o telefone ou a porta da rua, pedir comida num restaurante, comer e/ou beber em frente a outras pessoas e ir às aulas e ao exame de condução (*ibidem*).

Se bem que as situações relacionadas com o desempenho (e.g., testes e apresentações de trabalhos) (e.g., Beidel *et al.*, 2007; Wittchen *et al.*, 1999) pareçam ser as mais receadas, as situações mais frequentes são as situações de interacção informal (Beidel & Randall, 1994; Beidel *et al.*, 1999).

Nas situações receadas, as **preocupações** mais comuns são o medo de ficar confuso, de acontecer alguma coisa embaraçosa e de corar (Essau *et al.*, 1999), o que desencadearia uma avaliação negativa por parte dos outros. Estas preocupações são traduzidas em **pensamentos** relacionados com avaliação negativa, evitamentos, fracasso, humilhação, embaraço, aparência

e sinais de ansiedade, inadequação e auto-criticismo (Albano *et al.*, 1995). Alguns exemplos de pensamentos incluem “estão todos a olhar para mim”, “e se faço alguma coisa mal?”, “não vou conseguir fazer o teste”, “vão gozar comigo”, “não sei conversar” (Kaminer & Stein, 1999; Stefanek, Ollendick, Baldock, Francis, & Yaeger, 1987) (para mais informação sobre o funcionamento cognitivo, cf. ponto 3.2. e 4.2 do Capítulo 2).

A ansiedade desencadeada vem acompanhada de **sintomas fisiológicos** como taquicardia, tremores, rubor, calafrios, suores, náuseas, tonturas, dores no peito, sensação de desmaio, dores de cabeça ou de estômago ou falta de ar (Albano *et al.*, 1995; Beidel, Christ, & Long, 1991; Beidel & Turner, 2007; Essau *et al.*, 1999). Sintomas característicos de ataques de pânico (tonturas, falta de ar, dormências) são menos comuns em crianças (Beidel *et al.*, 1991).

Em **termos comportamentais**, o evitamento parece ser a estratégia mais frequente. Por exemplo, é comum um adolescente com fobia social fingir que não viu ou ouviu uma pessoa, não ir à escola, fingir que está doente, não fazer o que é pedido, evitar determinadas situações, só ir à casa-de-banho quando chega a casa, não estabelecer contacto visual para não ser chamado na aula, conseguir que outras pessoas façam certas actividades por ele, não participar em actividades extra-curriculares (Albano *et al.*, 1995; Beidel *et al.*, 1999; Beidel *et al.*, 2007; Essau *et al.*, 1999; Rao *et al.*, 2007). Outros comportamentos comuns são o gaguejar, não falar ou falar muito baixinho, roer as unhas e, nas crianças, chorarem, agarrarem-se aos pais e apresentarem uma postura muito rígida (Albano *et al.*, 1995; Kaminer & Stein, 1999). Os adolescentes podem ainda recorrer ao álcool, drogas ou medicamentos, como forma de tentarem atenuar os seus problemas sociais (e.g., Cunha, 2005) (cf. ponto 3.1. deste Capítulo).

Outras características envolvem ter sintomatologia depressiva (Beidel *et al.*, 2007), um temperamento mais rígido, manifestando desconforto quando a sua rotina é alterada (Beidel, 1991; Beidel *et al.*, 1999; Beidel *et al.*, 2007) e um menor número de amigos (Beidel *et al.*, 1999; Beidel *et al.*, 2007). Albano e colaboradores (1995) observaram também que muitas crianças e adolescentes com fobia social desenvolviam interesses pouco comuns para a idade, por exemplo, actividades solitárias relacionadas com programação de computadores ou factos da II Guerra Mundial. Os autores hipotetizam que a ausência de interesses mais comuns destas idades (e.g., jogos de vídeo, televisão, revistas para adolescentes) pode ser resultado do tempo limitado que passam em interacção, o que limitaria a exposição aos estímulos mais usuais e reduziria o reforço social dos outros. A determinada altura, os interesses atípicos tornam-se também um meio de evitar actividades com os pares que desencadeiam ansiedade social. Por seu lado, e consistentemente, estas crianças e adolescentes justificam estes interesses alternativos, argumentando que os colegas da mesma idade são “demasiado imaturos”.

2. Epidemiologia

2.1. Prevalência

Ao longo das várias classificações do DSM, têm-se verificado alterações nos valores de **prevalência**. Assim, a prevalência da fobia social em crianças e adolescentes passou de valores de

cerca de 1% (e.g., Kashani & Orvaschel, 1990), de acordo com as classificações do DSM-III e DSM-III-R, para valores entre 1.6% (Essau *et al.*, 1999) e 7.3% (9.5% nas raparigas) (Wittchen *et al.*, 1999), considerando a classificação efectuada pelo DSM-IV e a prevalência ao longo da vida. Estes valores situam-se mais perto dos valores de prevalência, de entre 7 a 13% (Furmark, 2002; Kessler *et al.*, 2005; Kessler *et al.*, 1994), encontrados para os adultos e são considerados mais fidedignos do que os anteriores, pela maioria dos autores. Na população clínica, a fobia social em crianças e adolescentes é uma perturbação altamente prevalente. Por exemplo, Kendall e Warman (1997), utilizando os critérios da DSM-IV, reportam uma percentagem de 40% de fobias sociais, entre os casos que procuraram ajuda numa clínica de perturbações de ansiedade.

Quanto à distribuição por **género**, os estudos com amostras da comunidade têm indicado uma maior prevalência da fobia social nas raparigas (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; Epkins, 2002; Essau *et al.*, 1999; Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004; Morris & Masia, 1998; Wittchen *et al.*, 1999). No entanto, os estudos com amostras clínicas têm mostrado que a percentagem de rapazes é, no mínimo, semelhante à de raparigas na procura de tratamento (Compton, Nelson, & March, 2000; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1992; Last, Strauss, & Francis, 1987; Strauss & Last, 1993). Uma vez que os pais e os professores são os principais responsáveis pelo encaminhamento de crianças e adolescentes para a consulta, esta discrepância entre percentagens de fobia social na comunidade e na clínica pode indicar diferenças nos valores parentais e da comunidade, para rapazes e raparigas. Por exemplo, um rapaz que evite situações sociais por medo de avaliação negativa pode causar mais preocupação a pais e professores do que uma rapariga com dificuldades semelhantes, tendo maior probabilidade de ser encaminhado para tratamento (Sweeney & Rapee, 2001).

Embora numa forma pouco consistente, alguns estudos encontram um aumento da fobia social com a idade (Compton *et al.*, 2000; Cunha, 2005; Essau *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999).

2.2. Idade de início e curso

Relatos retrospectivos de adultos com fobia social indicam que a **idade de início** se situa na adolescência (Beesdo *et al.*, 2007; Dalrymple, Herbert, & Gaudiano, 2007; Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1993; Degonda & Angst, 1993; Essau *et al.*, 1999; Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005; Kashani & Orvaschel, 1990; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992; Wittchen *et al.*, 1999) e que é raro o início depois dos 25 anos (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992; Weiller, Bisslerbe, Boyer, Lepine, & Lecrubier, 1996). Porém, é cada vez maior a evidência de que o início da fobia social pode ser bem mais precoce. Por um lado, diversos estudos encontram idades médias de início mais baixas: 11.5 anos (Regier, Rae, Narrow, Kaelber, & Schatzberg, 1998), 10.8 anos (Giaconia *et al.*, 1994) e 10.5 anos (Lépine & Lellouch, 1995). Por outro lado, alguns estudos encontram crianças que preenchem critérios para fobia social muito mais cedo (8 anos) (Beidel & Turner, 1988) ou, em vários estudos, os adultos com fobia social referem ter tido sempre o problema (e.g., Schneier *et al.*, 1992).

Uma vez instalada e sem tratamento, e embora possa apresentar flutuações na sua gravidade consoante os acontecimentos de vida, a fobia social tende a seguir um **curso crónico** (American Psychiatric Association, 1994; Beidel, Fink, & Turner, 1996; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Fehm *et al.*, 2005; Juster & Heimberg, 1995; Rapee & Spence, 2004; J. Reich, Goldenberg, Goisman, Vasile, & Keller, 1994; Stein & Kean, 2000; Wittchen *et al.*, 1999), apresentando baixas taxas de remissão espontânea. Para além disso, Kessler (2003) verificou também que um início mais precoce da fobia social está associado a um curso mais persistente e mais grave.

3. Comorbilidade, impacto e procura de tratamento

3.1. Comorbilidade

Raramente uma criança ou adolescente apresenta apenas uma fobia social, sendo a comorbilidade mais regra do que exceção. Em amostras de crianças, Beidel e colaboradores (1999) encontraram 60% e Velting e Albano (2001) 71% de comorbilidade entre a fobia social e outros diagnósticos. Mais ainda, Velting e Albano (2001) verificaram que 26% das crianças apresentavam um diagnóstico comórbido, 26% dois e 19% três ou mais. Beidel e colaboradores (2007), numa amostra de adolescentes com fobia social, verificaram que 57.1% apresentavam também um diagnóstico secundário. Valores semelhantes foram encontrados por Cunha (2005) (55%) e por Rao e colaboradores (2007) (54.6% - 62.2% para crianças e 47.4% para adolescentes).

A comorbilidade com outras **perturbações de ansiedade** é a mais frequente na fobia social. Wittchen e colaboradores encontraram comorbilidades de 20.8% com perturbações de ansiedade (principalmente fobias específicas e perturbações de ansiedade sem outra especificação) e Beidel e colaboradores (1999) encontraram uma comorbilidade de 36%, principalmente perturbação de ansiedade generalizada e fobias específicas (10% cada), seguidas de ansiedade de separação (6%), perturbação obsessivo-compulsiva (6%), perturbação de pânico, perturbação de adaptação com ansiedade ou humor depressivo (2% cada). Rao e colaboradores (2007) encontraram como diagnóstico mais comum a ansiedade generalizada (27% para crianças e 26.3% para adolescentes) e fobias específicas (18.9% para crianças e 10.5 para adolescentes), enquanto que a ansiedade de separação foi substancialmente maior para crianças (14.9%), do que para adolescentes (3.9%). Finalmente, Beidel e colaboradores (2007) constataram que 75% dos adolescentes com quadros comórbidos apresentavam perturbações de ansiedade, a maioria das quais (74.1%) ansiedade generalizada, seguida de fobias específicas (11.1%), ansiedade de separação (2.8%) e perturbação obsessivo-compulsiva (2.8%). Essau e colaboradores (1999) foram os únicos a encontrar uma comorbilidade com a agorafobia (23.5%). Numa população portuguesa de adolescentes e pré-adolescentes, Cunha (2005) encontrou 43% de comorbilidade com perturbações ansiosas. Neste estudo, eram as fobias específicas que apresentavam maior comorbilidade com a fobia social (17.1%), seguidas da perturbação de ansiedade de separação (13.2%), perturbação de ansiedade generalizada (7.9%), perturbação obsessivo-compulsiva (2.6%) e perturbação de pânico (1.3%).

Wittchen e colaboradores (1999) verificaram ainda que em, 64.6% dos casos de comorbilidade com outras perturbações de ansiedade, a fobia social as precedia, exceptuando o caso das fobias específicas.

Outras perturbações comórbidas com a fobia social são as **perturbações de humor**, embora as taxas de comorbilidade com a depressão sejam mais elevadas para adultos com fobia social, do que para crianças e adolescentes com o mesmo diagnóstico. Por exemplo, Beidel e colaboradores encontraram comorbilidades com perturbações de humor de 6% e 8% (Beidel *et al.*, 1999; Beidel, Turner, & Morris, 2000), Rao e colaboradores (2007) encontraram comorbilidades de 2.7% para crianças e 5.3% para adolescentes, Wittchen e colaboradores (1999) encontraram 12.1%, Beidel e colaboradores (2007) 11%, Cunha (2005) 9% e Essau e colaboradores (1999) encontraram valores mais elevados de 29.4%.

Embora estes valores não pareçam muito elevados, sobretudo quando comparados com os valores de comorbilidade com as perturbações de ansiedade, dados de outras investigações obrigam a uma reflexão acerca deles. Efectivamente, os estudos constataam que a fobia social precede o início das perturbações depressivas (Beesdo *et al.*, 2007; Beidel *et al.*, 1999; Chavira *et al.*, 2004; de Graaf, Bijl, Spijker, Beekman, & Vollebergh, 2003; Kessler, Stang, Wittchen, Stein, & Walters, 1999; Perrin & Last, 1993; Stein & Chavira, 1998; Stein *et al.*, 2001; Wittchen *et al.*, 1999) e que essa comorbilidade está associada a um pior prognóstico (DeWit, Ogborne, Offord, & MacDonald, 1999; Gaines, Magruder, Wagner, Yarnall, & Broadhead, 1999; Lecrubier, 1998; Stein *et al.*, 2001). Considerando estes dados, o facto de a fobia social ter um início mais provável durante a adolescência e o facto de a percentagem de comorbilidade da fobia social com as perturbações depressivas ser mais elevada nos adultos (entre 3 e 70%) (Turner, Beidel, Borden, Stanley, & Jacob, 1991; Van Ameringen, Mancini, Styan, & Donison, 1991) do que nos adolescentes, podemos sugerir que a fobia social na adolescência é um factor preditivo de perturbações depressivas na idade adulta e que esta associação complica o prognóstico.

A fobia social tem também sido associada ao **abuso de substâncias** (tabaco, álcool e outras substâncias). Wittchen e colaboradores (1999) e Essau e colaboradores (1999) encontraram, respectivamente, que 27.9% e 23.5 % das suas amostras de adolescentes com fobia social apresentavam comorbilidades com abuso de álcool ou outras substâncias. Sonntag e colaboradores (Sonntag, Wittchen, Hofler, Kessler, & Stein, 2000) encontraram que 35.7% de adolescentes ou jovens adultos com fobia social eram fumadores regulares (Wittchen e colaboradores haviam já encontrado 31.9%) e que 18.7% tinham dependência de nicotina. Clark (1993, in Beidel & Morris, 1995) verificou, ainda, que 22% de adolescentes hospitalizados por abuso de álcool reuniam também critérios para fobia social.

À semelhança do que acontece com outros quadros comórbidos já apresentados, também no que se refere à comorbilidade com o uso de substâncias a fobia social o precede (DeWit, MacDonald, & Offord, 1999; Lepine & Pelissolo, 1998; Schneier, Martin, Liebowitz, Gorman, & Fyer, 1989; Sonntag *et al.*, 2000; Stravynski, Lamontagne, & Lavallee, 1986; Wittchen

et al., 1999; Zimmermann *et al.*, 2003). A hipótese da “auto-medicação” tem sido proposta para explicar esta associação. De acordo com esta hipótese, os adolescentes que experienciam altos níveis de ansiedade social podem descobrir que o álcool e outras substâncias diminuem a sua inibição e activação fisiológica em situações sociais. O seu comportamento social mais desinibido pode ser altamente reforçado, aumentando o recurso a essas substâncias em situações futuras, mas conduzindo a um padrão de abuso e dependência (Albano & Detweiler, 2001; Morris, 2004).

A fobia social apresenta, ainda, comorbilidades menores com **perturbações externalizantes**, como o défice de atenção e hiperactividade e a perturbação de oposição, e com outros quadros psicopatológicos. Beidel e colaboradores (1999) e Cunha (2005) encontram, respectivamente comorbilidades de 10% e 4% com a perturbação de défice de atenção e hiperactividade, Rao e colaboradores (2007) encontraram comorbilidades com a mesma perturbação de 8.1% para as crianças e 7.9% para os adolescentes, enquanto que, no que respeita a perturbação de oposição, apenas encontraram 2.6% nos adolescentes, não tendo verificado nenhum caso de comorbilidade em crianças. Relativamente a **outras perturbações**, foram ainda encontradas comorbilidades com o mutismo selectivo [8% no estudo de Beidel e colaboradores (1999) e 2.8% no estudo de Beidel e colaboradores (2007)] e com perturbações alimentares (Wittchen *et al.*, 1999). Um dado atípico é o que se refere ao estudo de Essau e colaboradores (1999) que encontraram uma comorbilidade de 41.2% com perturbações somatoformes.

Finalmente, ainda que não se trate propriamente de uma entidade diagnóstica, a **recusa escolar** tem também sido encontrada em associação com a fobia social (Beidel *et al.*, 1999; DeWit, MacDonald *et al.*, 1999; Egger, Costello, & Angold, 2003; Kearney & Albano, 2004; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel, & Perrin, 1991; McShane, Walter, & Rey, 2004; Wittchen *et al.*, 1999).

3.2. Impacto e consequências

Crianças e adolescentes encontram constantemente situações nas quais precisam ou querem relacionar-se com os outros. Situações sociais ocorrem todos os dias ao longo de toda a vida e são necessárias para atingir objectivos sociais (e.g., desenvolvimento de relações) e não sociais (e.g., participar nas aulas). Por outro lado, o início da adolescência é uma fase especialmente importante para o estabelecimento de amizades, identificação com o grupo e desenvolvimento da identidade. Durante este período, o adolescente começa a testar a sua própria independência e individualidade. A experiência de namoros vai influenciar a sua capacidade de formar relacionamentos duradouros. A fobia social, num período crítico como este, tem consequências duradouras, ainda mais quando a fobia social segue um curso crónico e persiste durante a idade adulta. Assim sendo, não é de surpreender que a fobia social, principalmente de início precoce, conduza a um mal-estar e incapacitação significativas. De facto, para além da comorbilidade associada, a fobia social está associada a um conjunto considerável de custos pessoais ao longo do seu curso.

Em primeiro lugar, a ansiedade social elevada e o evitamento associado pode interferir com o processo normal de socialização, interferindo na capacidade de estabelecer e manter amizades (Ballenger *et al.*, 1998; Inderbitzen, Walters, & Bukowski, 1997; Vernberg, Abwender, Ewell, & Beery, 1992) e desempenhando um papel mediacional na diminuição do suporte e funcionamento social (Inderbitzen *et al.*, 1997; La Greca & Lopez, 1998; Vernberg *et al.*, 1992). Em consonância com isto, vários estudos constataam que crianças e adolescentes com elevada ansiedade social têm menos amigos (Beidel *et al.*, 1999; Beidel *et al.*, 2007; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999), sentem-se mais sozinhos e solitários (Beidel *et al.*, 1999; Beidel *et al.*, 2007) e apresentam menores níveis de aceitação e suporte no grupo de pares, sendo mais susceptíveis de serem ignorados, rejeitados ou ridicularizados (Blote, Kint, & Westenberg, 2007; Blote & Westenberg, 2007; Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998; Greco & Morris, 2005; Inderbitzen *et al.*, 1997; La Greca & Lopez, 1998; Spence *et al.*, 1999; Storch & Masia-Warner, 2004; Walters & Inderbitzen, 1998). É por este motivo que Marshall (1994) refere que a solidão é talvez o fardo mais pesado que um indivíduo com fobia social tem que suportar. Este dado é particularmente importante, uma vez que alguns investigadores apontam o isolamento social como um sintoma prodromico de um risco acrescido de suicídio na adolescência (Cristoff *et al.*, 1985).

Em segundo lugar, diversos estudos têm constatado que a fobia social, está associada não só a um menor rendimento escolar (Stein & Kean, 2000; Strauss, Frame, & Forehand, 1987; Van Ameringen, Mancini, & Farvolden, 2003; Wittchen *et al.*, 1999), como também à não prossecução ou término dos estudos universitários (Kessler, 2003; Kessler, Foster, Saunders, & Stang, 1995; Stein & Kean, 2000; Van Ameringen *et al.*, 2003) (mais do que ao insucesso escolar no liceu ou na universidade).

Em terceiro lugar, inúmeros estudos têm verificado que, em termos gerais, a fobia social causa interferências a nível social, escolar, ocupacional e familiar, sendo responsável pela diminuição da qualidade de vida de crianças (Beidel *et al.*, 1999), adolescentes (Essau *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999) e adultos (Fehm *et al.*, 2005; Kessler, 2003; Stein & Kean, 2000; Wittchen & Beloch, 1996; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Muller, & Liebowitz, 2000). Esta interferência é tanto maior quanto se tratar de uma fobia social generalizada (Cunha, 2005; Wittchen *et al.*, 1999) ou associada a condições comórbidas (Ruscio *et al.*, 2008).

Para termos uma ideia mais precisa da forma como o impacto da fobia social se vai desenrolando e mantendo ao longo do seu curso crónico, referimos alguns estudos que poderão lançar uma luz sobre este assunto. Rao e colaboradores (Rao *et al.*, 2007) verificaram que, comparativamente às crianças com fobia social, os adolescentes com fobia social apresentavam valores de interferência mais elevados ao nível psicológico, social e escolar. Os autores constataram que os adolescentes manifestavam também um padrão mais generalizado de evitamentos sociais, provavelmente, por já não dependerem tanto dos pais para organizar actividades com os pares; como este aspecto fica mais à sua responsabilidade, as oportunidades de efectuarem evitamentos são também maiores. Por outro lado, num *follow-up* de 15 anos, de adolescentes com fobia social, 57% dos sujeitos relataram interferência ocupacional e 44% interferência so-

cial (Merikangas, Avenevoli, Acharyya, Zhang, & Angst, 2002).

Mais especificamente, a fobia social na idade adulta tem sido apontada como responsável por os indivíduos com fobia social: (1) manifestarem dificuldades na procura de emprego e seu desempenho, recusando promoções devido aos seus medos sociais (Stein & Kean, 2000) e faltando ao trabalho (Stein, McQuaid, Laffaye, & McCahill, 1999); (2) terem empregos abaixo das suas qualificações (Katzelnick & Greist, 2001); (3) estarem insatisfeitos com o seu rendimento económico, amigos e tempo livre (Wittchen & Fehm, 2003); (4) e terem dificuldades nas relações íntimas e desenvolvimento de relações amorosas (Ruscio *et al.*, 2008; Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986).

Para terminar, apresentamos dois dados curiosos e preocupantes. Uma análise mais pormenorizada do National Comorbidity Study, efectuado nos EUA (Kessler, 2003), mostrou que a fobia social é um dos preditores mais fortes da gravidez na adolescência. Efectivamente, de acordo com o que seria de esperar, os dados revelaram que as raparigas com fobia social têm uma menor probabilidade de ser sexualmente activas e, se o forem, de ter apenas um parceiro sexual. No entanto, são também menos assertivas e mais desejosas de ser aceites, pelo que as adolescentes, com fobia social sexualmente activas, têm uma menor probabilidade de usar contraceptivos, levando a taxas mais elevadas de gravidez na adolescência.

Um outro dado que permite ter uma noção de como a fobia social implica interferências consideráveis no dia-a-dia, resulta do estudo de Keller e colaboradores (não publicado, in Keller, 2003). Estes autores constataram que a interferência que a fobia social causa no funcionamento é maior do que a interferência de outras perturbações psiquiátricas ou médicas, como a depressão e a doença coronária. Este resultado coloca a fobia social nos primeiros lugares do *ranking* em termos de consequências negativas associadas e obriga a uma reflexão, relativamente à necessidade de uma identificação e intervenção precoce e eficaz.

3.3. Procura de tratamento

Não obstante o avanço no reconhecimento, avaliação e tratamento da fobia social, a grande maioria de crianças e adolescentes com esta perturbação continua a não ser reconhecida por pais e profissionais de saúde e educação, continuando, portanto, a não receber tratamento (Kashdan & Herbert, 2001).

Em **adolescentes**, Cunha (2005) e Essau e colaboradores (1999) encontraram, respectivamente, percentagens de 24.1% e 23.5% de adolescentes com fobia social que procuraram ajuda. Por sua vez, Wittchen e colaboradores (1999) encontraram que a percentagem mais baixa de procura de ajuda dizia respeito aos indivíduos com fobia social não generalizada e sem comorbilidade (10.9%) e que a maior procura de ajuda se encontra em indivíduos com fobia social generalizada associada a condições comórbidas (43.5%). Entre estas situaram-se as fobias sociais não generalizadas com comorbilidade (14.9%) e as fobias sociais generalizadas sem comorbilidade (27.3%).

Um outro conjunto de estudos vai no mesmo sentido, ao verificar que, embora a fobia social se inicie na adolescência, a procura de tratamento, só ocorre muito mais tarde, por volta

dos 30 anos (Mannuzza *et al.*, 1995). Este dado é consonante com a investigação de Kessler e colaboradores (2003), do National Comorbidity Study, que encontrou um intervalo de 15 anos entre o início da perturbação e a procura de ajuda. Mesmo ocorrendo mais tarde, esta procura de tratamento continua a ser muito reduzida. Por exemplo, Merikankas e colaboradores (2002) verificaram que, em 15 anos de *follow-up* de adolescentes com fobia social, apenas 39% receberam tratamento ao longo deste período.

Efectivamente, e comparando com outras perturbações ansiosas e afectivas, a fobia social tem das taxas mais baixas de procura de tratamento (Bijl & Ravelli, 2000; Issakidis & Andrews, 2002; Patel, Knapp, Henderson, & Baldwin, 2002). Os estudos realizados em populações adultas constataam que apenas uma pequena percentagem de indivíduos com fobia social procura tratamento (Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1994; Degonda & Angst, 1993; Kessler *et al.*, 1998; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen & Beloch, 1996; Wittchen *et al.*, 1999), variando esta percentagem entre 4% (Magee *et al.*, 1996) e 43.5% (Wittchen *et al.*, 1999). Esta percentagem é maior quando existe comorbilidade (depressão ou abuso de substâncias) (Schneier *et al.*, 1992; Weiller *et al.*, 1996; Wittchen *et al.*, 1999), mas ainda assim permanece relativamente baixa, tendo a desvantagem de atrair a atenção dos técnicos para a condição comórbida e desviar a atenção da fobia social.

Uma vez que, habitualmente, não são as crianças e adolescentes que solicitam espontaneamente ajuda para as suas dificuldades, depende de pais, professores e profissionais de saúde identificar as suas dificuldades e encaminhá-los para um serviço onde possam ser ajudados. Se não é isto que se verifica, as razões poderão ser várias. Por um lado, as crianças e adolescentes com fobia social, sempre preocupadas com as opiniões dos outros, tendem a comportar-se de forma a não chamar a atenção sobre si, a não incomodar (ao contrário das perturbações externalizantes) e a tornar-se invisíveis na sala de aula até que, por exemplo, comecem a fazer recusa escolar (Beidel & Morris, 1995). Por outro lado, embora os adolescentes possam ter informação de serviços na escola ou na comunidade que poderão fornecer ajuda, hesitam em partilhar as suas dificuldades (mesmo com os familiares mais próximos), por medo de serem rotulados de “anormais” e do estigma associado ao tratamento (Laitinen-Krispijn, Van der Ende, Wierdsma, & Verhulst, 1999; Verhulst & van der Ende, 1997). Por sua vez, os pais podem não se dar conta da perturbação, vendo os seus filhos como tímidos, pensando que, eventualmente, ultrapassarão a timidez e não se apercebendo de que sofrem de uma condição que requer e dispõe de tratamento. Assim, os pais esperam até que a perturbação tenha tido um desenvolvimento considerável e que o problema interfira significativamente com alguma área da vida do filho, nomeadamente com a área escolar, até procurarem ajuda (Kashdan & Herbert, 2001). Finalmente, os profissionais da escola e da saúde podem não estar muito familiarizados com a perturbação, julgando apenas tratar-se de “timidez” que “passará com a idade”. Isto tem a consequência lógica de deixar a fobia social sem tratamento.

Mesmo nos casos em que se pede ajuda a profissionais de saúde, numa fase inicial e geralmente ao médico de família ou ao pediatra, é fácil a fobia social não ser identificada, muito à

semelhança do que acontece nos adultos (Sartorius *et al.*, 1993; Weiller *et al.*, 1996). Diversos factores podem contribuir para esta situação: (1) pela natureza da própria perturbação, crianças e adolescentes podem sentir-se embaraçados para fornecer informação acerca dos aspectos específicos da fobia social (Olfson *et al.*, 2000), ou seja, os próprios sintomas da doença impedem a procura de tratamento; (2) no caso das crianças, estas poderão não dispor de um nível de desenvolvimento cognitivo suficiente para transmitir os seus medos de avaliação e humilhação, dificultando a avaliação da motivação por detrás de comportamentos, como a recusa escolar ou outros evitamentos e complicando o diagnóstico diferencial; (3) a apresentação clínica varia muito com a idade, incluindo o tipo de sintomas, número e tipo de situações recedadas, grau de evitamento e gravidade da interferência; (4) a fronteira entre medos normais e patológicos é muitas vezes ambígua, principalmente na adolescência, pelo que distinguir níveis normais de preocupações com a imagem corporal, identidade e aceitação pelo grupo pode ser extremamente difícil; (5) muitos adolescentes com fobia social requerem muita paciência e tempo do clínico na avaliação, devido a dificuldades na comunicação (Kashdan & Herbert, 2001).

Finalmente, Wittchen e colaboradores verificaram que, ainda que seja procurada ajuda, a percentagem de casos que recebe tratamento empiricamente validado é bastante baixa (Wittchen *et al.*, 2000).

4. Etiologia

Como acontece para qualquer outra perturbação, a etiologia da fobia social é, provavelmente multifactorial e multideterminada, englobando uma interacção complexa de factores biológicos e ambientais.

Factores genéticos

Parte da evidência da contribuição de factores genéticos para o desenvolvimento da fobia social advém de estudos de famílias. Parte-se do princípio de que, se um comportamento é geneticamente influenciado, ele deve desenvolver-se e manifestar-se em vários membros de uma família. Os estudos efectuados nesta área, sugerem taxas de fobia social significativamente mais elevadas nos familiares directos de fóxicos sociais, comparativamente a familiares de outros grupos clínicos ou controlos normais (Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz, & Klein, 1993; Last *et al.*, 1991; Mancini, van Ameringen, Szatmari, Fugere, & Boyle, 1996; Merikangas, Lieb, Wittchen, & Avenevoli, 2003; J. H. Reich, 1988; J. H. Reich & Yates, 1988). Por exemplo, um dos estudos demonstrou que o risco de desenvolver uma fobia social era três vezes maior para familiares de indivíduos com fobia social, do que para familiares de controlos sem qualquer perturbação (Fyer *et al.*, 1993). Na fobia social generalizada esta associação parece ser especialmente provável (Mannuzza *et al.*, 1995; Stein, Chartier, Hazen *et al.*, 1998).

Para além das limitações metodológicas apontadas a estes estudos, uma questão que fica sempre em aberto diz respeito ao facto de, para além de partilharem material genético, pessoas da mesma família partilham também factores ambientais, tanto mais quanto mais próximos estiverem em termos familiares (e.g., pais e filhos). Consequentemente, as semelhanças verifi-

casas numa mesma família podem dever-se a influências genéticas ou ambientais, dois factores que estes estudos não conseguem separar.

Os estudos com gémeos e os estudos de adopção são muitas vezes usados como evidência para uma etiologia biológica. O único estudo de adopção sobre a timidez (Daniels & Plomin, 1985) encontrou uma correlação entre a timidez das crianças adoptadas e a timidez das mães biológicas, sugerindo uma influência genética sobre a timidez na infância. Relativamente aos estudos com gémeos, enquanto que dois estudos não encontraram uma maior taxa de concordância para a fobia social entre gémeos monozigóticos, comparados com gémeos dizigóticos, outros dois estudos obtiveram resultados diferentes. Kendler e colaboradores (1992) encontraram uma concordância entre gémeos idênticos e não idênticos de 24.4% e 15.3%, respectivamente.

Apesar destes resultados, os autores referem que os dados se ajustam a um modelo de desenvolvimento comum às perturbações de ansiedade. Num segundo estudo com gémeos, Kendler, Karkowski e Prescott (1999) estimaram a hereditariedade da fobia social em 51%. Assim, os estudos de gémeos são inconclusivos e, até à data, nenhum gene ou combinação específica de genes foi encontrada (Elizabeth, King, & Ollendick, 2004; Merikangas *et al.*, 2002; Rowe *et al.*, 1998; Stein, Chartier, Kozak, King, & Kennedy, 1998). Os dados, no entanto, sugerem um provável componente genético, pelo menos, na transmissão de uma propensão não específica para a ansiedade (Andrews, Stewart, Allen, & Henderson, 1990).

Embora uma predisposição genética para a fobia social não esteja claramente estabelecida, constructos temperamentais relacionados com ela parecem ter um componente hereditário. A timidez parece ser um dos factores de temperamento mais estreitamente ligados à fobia social (Turner, Beidel, & Townsley, 1990). Todavia, existem também diferenças consideráveis entre estas duas condições e nem sempre a timidez conduz a uma fobia social. Outro precursor temperamental provável para a fobia social é a inibição comportamental, que se refere à tendência para a criança reagir com medo, timidez, estranheza e constrangimento no contacto com pessoas, objectos ou situações novas (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988). Numerosos estudos têm encontrado associações consideráveis entre a inibição comportamental, a ansiedade social e a fobia social na infância e adolescência (Biederman *et al.*, 2001; Cunha, 2005; Gladstone, Parker, Mitchell, Wilhelm, & Malhi, 2005; Hayward, Killen, Kraemer, & Taylor, 1998; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2007; Mick & Telch, 1998; Morgado, 2008; Neal, Edelman, & Glachan, 2002; Rosenbaum *et al.*, 1991; Rosenbaum, Biederman, Pollock, & Hirshfeld, 1994; Schwartz, Snidman, & Kagan, 1999), em particular da fobia social generalizada (Wittchen *et al.*, 1999). Como conclusão do seu estudo, Dalrymple, Herbert e Gaudiano (2007b) concluem que a inibição comportamental é o único preditor consistente da gravidade da fobia social nos adultos. Mais uma vez, no entanto, nem todas as crianças permanecem inibidas comportamentalmente, ao longo da infância, e nem todas desenvolvem uma fobia social (ou qualquer outra perturbação de ansiedade) (Caspi, Moffitt, Newman, & Silva, 1996; Hirshfeld *et al.*, 1992; Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 2000), pelo que a inibição não parece ser um factor suficiente ou necessário para o desenvolvimento desta perturbação (Turner, Beidel, &

Wolff, 1996). Masia e Morris (1998) e Partridge (2003) defendem que é necessário existir uma interação entre esta predisposição da criança e o ambiente familiar, podendo os pais promover o desenvolvimento adaptativo do seu filho com inibição comportamental, ou interagir de uma forma que pode aumentar a probabilidade de dificuldades futuras. Falaremos, em seguida, destes e doutros factores ambientais.

Factores familiares e relações com os pares

Os factores de relação com a família e com os pares, tanto podem predispor ao desenvolvimento da fobia social, como podem desempenhar um papel importante na sua manutenção. Como a maioria dos estudos são conduzidos com sujeitos que apresentam já uma fobia social (ou timidez), não é possível determinar qual a natureza etiológica destes factores, pelo que alguns autores preferem designá-los como factores predisponentes e de manutenção (Beidel & Turner, 2007).

Na literatura da psicologia do desenvolvimento, existe uma forte evidência para a relação entre comportamentos dos pais e competência social dos filhos (e.g., Ladd & Goiter, 1988; Lieberman, Doyle, & Markiewicz, 1999). Problemas na vinculação entre pais e crianças, como, por exemplo, um estilo de vinculação inseguro, desorganizado ou ambivalente, podem estar relacionado com o desenvolvimento de perturbações de ansiedade (e.g., Manassis, 2001), incluindo a ansiedade social (Eng, Heimberg, Hart, Schneier, & Liebowitz, 2001; Michelson, Kessler, & Shaver, 1997; S. L. Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997). Contrariamente, crianças com uma vinculação segura facilmente se juntam a grupos e estabelecem relações saudáveis com os pares (Hinde & Tamplin, 1983), tendem a ser mais populares, interactivas, eficazes socialmente e vistas pelos outros como socialmente positivas, comparativamente a crianças com uma vinculação insegura (Masia & Morris, 1998).

Estudos retrospectivos com adultos, sugerem práticas parentais ou familiares que poderão influenciar o desenvolvimento de ansiedade social, nomeadamente, isolando a criança de actividades sociais (Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1989), enfatizando demasiado a opinião e avaliação negativa dos outros (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch *et al.*, 1989), apresentando uma menor sociabilidade e um maior evitamento de situações sociais (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch *et al.*, 1989), sendo menos carinhosos, menos cuidadores e mais sobreprotectores ou controladores (Arrindell, Emmelkamp, Monsma, & Brilman, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Hudson & Rapee, 2000, 2001; Parker, 1979; Rapee & Melville, 1997), sendo mais rejeitantes (Arrindell *et al.*, 1983; Arrindell *et al.*, 1989) e apresentando uma maior instabilidade (e.g., separação da criança, conflito parental, história de perturbações mentais, mudanças de casa frequentes) (Chartier, Walker, & Stein, 2001; Wittchen *et al.*, 1999).

Estudos com crianças e adolescentes com ansiedade social elevada têm também encontrado visões dos pais como mais sobreprotectores e rejeitantes (Lieb *et al.*, 2000), mais preocupados com a opinião dos outros, envergonhando os filhos devido à sua timidez ou fraco desempenho e isolando-os do contacto social (Caster, Inderbitzen, & Hope, 1999). Estudos de observação comportamental encontraram também que os pais (homens) de crianças com fobia

social eram mais controladores (Greco & Morris, 2002) e mais críticos (Hummel & Gross, 2001). Relativamente a crianças com elevada ansiedade aos testes, foi também encontrado que as suas famílias manifestam uma comunicação reduzida e são pouco encorajadoras do crescimento pessoal (Peleg-Popko, 2002), cujos pais (homens) têm maior probabilidade de apresentar sintomas obsessivo-compulsivos (Messer & Beidel, 1994). Da mesma forma, ainda que não verificado especificamente com crianças com fobia social, estudos de observação directa constataram que os pais de crianças ansiosas apoiam mais estratégias de evitamento sugeridas pela criança, durante o debate de situações ambíguas (Dadds, Barrett, Rapee, & Ryan, 1996). Outros estudos demonstram um estilo parental demasiado protector e intrusivo de mães de crianças socialmente inibidas e isoladas (Mills & Rubin, 1998; Rubin, Cheah, & Fox, 2001; Rubin, Hastings, Stewart, Henderson, & Chen, 1997).

Em todos os exemplos apontados, é patente o papel do modelamento e da exposição restrita a situações sociais, provavelmente associados à tentativa de minimizar o desconforto da criança face a situações desagradáveis, por considerarem que ela não é capaz de lidar com a situação, ou associados a características comuns entre os pais e as crianças, que influenciam as suas crenças e comportamentos, em termos de práticas parentais [e.g., pais ansiosos, inibidos e com elevada ansiedade social podem modelar evitamento social e não facilitar as interações sociais dos seus filhos (Daniels & Plomin, 1985)].

Os factores ambientais relacionados com o desenvolvimento de ansiedade social não se limitam ao ambiente familiar. A natureza das relações com os pares pode desempenhar um papel fundamental na fobia social. Nesta área, vários estudos têm demonstrado que altos níveis de ansiedade social na infância e adolescência estão associados a negligência ou rejeição pelos pares, isolamento social e conseqüente ausência de relações próximas (Blote *et al.*, 2007; Blote & Westenberg, 2007; Gazelle & Ladd, 2003; Gilmartin, 1987; Ginsburg *et al.*, 1998; Greco & Morris, 2005; Inderbitzen *et al.*, 1997; La Greca & Lopez, 1998; Spence *et al.*, 1999; Storch & Masia-Warner, 2004; Vernberg *et al.*, 1992; Walters & Inderbitzen, 1998). Estes dados são corroborados por estudos retrospectivos com adultos com elevados níveis de timidez que relatam experiências negativas com os pares, quando crianças (Ishiyama, 1984). Mais uma vez, a evidência empírica é pouco esclarecedora quanto à direcção desta influência. Ou seja, não é claro se são os problemas nas relações com os pares que contribuem para a ansiedade e isolamento sociais ou se é a experiência de elevados níveis de ansiedade social que conduz ao isolamento e a problemas nas relações sociais. Muito provavelmente, estaremos em presença de uma relação recíproca.

Experiências traumáticas

Embora alguns medos sociais e de desempenho possam ter tido origem numa exposição a acontecimentos traumáticos, num processo claro de condicionamento clássico, existe pouca evidência de que experiências traumáticas tenham um papel dominante no desenvolvimento da fobia social. Öst e Hughdahl (1981) encontraram que 58% dos indivíduos com fobia social se recordavam de experiências traumáticas que associavam à perturbação e Sterberger, Turner,

Beidel e Calhoun (1995) constataram que esta relação era particularmente forte na fobia social específica. No entanto, neste estudo, 20% dos indivíduos que também reportaram experiências traumáticas não desenvolveram qualquer perturbação de ansiedade e uma percentagem considerável de indivíduos com fobia social não relataram experiências traumáticas. Por sua vez, Hofmann, Ehlers e Roth (1995) verificaram que, embora uma percentagem substancial de indivíduos com medo de falar em público relatasse experiências traumáticas, estas apenas tinham coincidido com o início das dificuldades em 15% dos casos. É também possível que relatos de experiências de condicionamento traumáticas sejam um artefacto da recordação selectiva, entre aqueles já sensibilizados por uma ansiedade social pré-existente (Morris, 2004).

Tal como os factores até agora mencionados para a etiologia da fobia social, a existência de experiências traumáticas não é um factor necessário nem suficiente, para desencadear uma fobia social. Mais ainda, o processo de condicionamento é um fenómeno complexo, associado a múltiplas variáveis contextuais, podendo também ocorrer como resultado de um processo cumulativo, em que acontecimentos anteriores podem funcionar como um factor de vulnerabilidade que predispõe o sujeito a responder com uma resposta de medo a outro acontecimento traumático (Beidel & Turner, 2007; Mineka & Zinbarg, 1995).

Comparação social e perspectiva evolucionária

Partindo de uma tradição diferente, os modelos evolucionários (Gilbert & Allan, 1994; Gilbert & Trower, 2001; Trower & Gilbert, 1989) elaboram uma abordagem que sugere que a ansiedade social nos humanos, tal como em outros primatas, se desenvolveu como consequência das hierarquias de dominância-submissão, resultantes do sistema de organização social de grupo, tornando-se parte do nosso património genético. Segundo esta teoria, a ansiedade social surge no contexto de relação com indivíduos da mesma espécie e está relacionada com a natureza das potenciais ameaças no relacionamento intra-espécie, nomeadamente a rejeição e exclusão sociais. A ansiedade social teria, então, uma função adaptativa, no sentido de ajudar o sujeito a estar atento ao que é, ou não, socialmente aceitável e que poderia resultar numa sanção social ou exclusão. Todavia, a ansiedade social disfuncional seria o resultado destes mecanismos defensivos básico para detecção de ameaça e de resposta, recrutada para lidar com ameaças estimadas e que ultrapassa a vontade consciente, activando frequentemente defesas de submissão quando se percebem numa posição inferior. Esta comparação social desfavorável demonstrou estar relacionada com a existência de psicopatologia, em geral (Allan & Gilbert, 1995), e com a ansiedade social, em particular (Cunha, 2005; Gato, 2003).

Processos cognitivos

Vários investigadores (e.g., Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Clark & Wells, 1995) hipotizaram que a fobia social estaria associada a crenças disfuncionais e erros de processamento de informação (e.g., sobrestimação da ameaça relativa à avaliação negativa dos outros). Todavia, como os estudos recorrem a indivíduos que manifestam a perturbação e estes processos cognitivos fazem parte da apresentação clínica, não está claro se eles precedem ou contribuem para o início da fobia social. Estes aspectos cognitivos serão abordados, em pormenor, no capítulo seguinte.

5. Avaliação

Uma avaliação compreensiva e rigorosa da fobia social em crianças e adolescentes requer uma abordagem abrangente, que envolva múltiplas fontes de informação, múltiplos contextos e múltiplos tipos de instrumentos de avaliação. Estando para além do âmbito deste trabalho efectuar uma revisão exaustiva dos vários instrumentos a que pode recorrer-se para a avaliação da fobia social de crianças e adolescentes, abordaremos, de forma abreviada, os principais métodos e instrumentos que visam este objectivo, fazendo também algumas considerações acerca da especificidade de um processo deste tipo. Para uma revisão mais extensa, remetemos o leitor para o trabalho de Cunha (2005).

A primeira consideração importante diz respeito ao facto de a situação de avaliação ser uma situação fóbica para a maioria de indivíduos com fobia social, incluindo crianças e adolescentes. Esta situação pode activar o medo de avaliação negativa típico desta perturbação e dificultar, tanto a entrevista, como o preenchimento de questionários de auto-resposta, nomeadamente, originando bloqueios ou respostas socialmente desejáveis. Embora esta situação torne o processo de avaliação um desafio proporciona também ao clínico a observação directa do adolescente numa situação problemática.

Outra possível questão a resolver prende-se com a dificuldade que o adolescente terá em relatar evitamentos ou em classificar o medo que sente em situações habitualmente evitadas. Uma vez que o evitamento de determinadas situações sociais pode datar de há longo tempo e ser bastante frequente, podem desvalorizar-se sintomas e evitamentos, sendo referido que apenas “não gosta” de determinadas situações (e.g., de discotecas) e subclassificado o medo sentido em situações que costume evitar. É importante o clínico ter em atenção estas variáveis e questionar o adolescente relativamente a estes aspectos confundentes.

Entrevistas clínicas e de diagnóstico

A avaliação inicia-se, habitualmente, com uma **entrevista clínica** em que, para além do estabelecimento do diagnóstico, da sua gravidade e interferência, o terapeuta, de acordo com o modelo teórico orientador, recolhe informação sobre os contextos de dificuldade, o grau de ansiedade nos diferentes contextos, sintomas fisiológicos, respostas comportamentais específicas, início das dificuldades e história de desenvolvimento. É também avaliada a existência de condições comórbidas e decidido qual deve ser o alvo preferencial da intervenção. A recolha desta informação é efectuada com a criança ou adolescente e complementada com a informação de pais e professores.

Não obstante a importância da entrevista clínica descrita anteriormente, é utilizada, na maioria das vezes, uma **entrevista clínica semi-estruturada**, como fonte primária de informação acerca da sintomatologia, estabelecimento do diagnóstico e diagnósticos adicionais. Algumas entrevistas deste género são: (1) a Entrevista Diagnóstica para Crianças (**DISC-IV - Diagnostic Interview Schedule for Children**) (Piacentini *et al.*, 1993; Scharfe, 2002; Schwab-Stone, Fallon, Briggs, & Crowther, 1994; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000; Shaffer *et al.*, 1993); (2) a Entrevista de Diagnóstico para Crianças e Adolescentes (**DICA - Diagnostic Interview for Children and Adolescents**) (Herjanic & Reich,

1982); (3) a Entrevista para Perturbações Afectivas e Esquizofrenia em Crianças (**K-SADS - Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia**) (Puig-Antich & Chambers, 1978); (4) a Avaliação Psiquiátrica da Criança e do Adolescente (**CAPA - Children and Adolescent Psychiatric Assessment**) (Angold & Costello, 2000; Angold *et al.*, 1995); (5) a Entrevista de Avaliação da Criança e do Adolescente (**CAS - Child and Adolescent Assessment Schedule**) (Hodges, Kline, Stern, Cytryn, & McKnew, 1982; Hodges, McKnew, Burbach, & Roebuck, 1987; Hodges & Saunders, 1989; Hodges, Saunders, Kashani, Hamlett, & Thompson, 1990), a qual foi já estudada numa população portuguesa (Oliveira *et al.*, 1997); (6) a Entrevista Diagnóstica Internacional Compósita (**CIDI - Composite Interantional Diagnostic Interview**) (Robins *et al.*, 1988); (7) a Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (**ADIS-C/P - Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV**) (Silverman & Albano, 1996a, 1996b).

A ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a, 1996b) é uma das entrevistas mais frequentemente utilizadas nos estudos com crianças e adolescentes com fobia social. Foi por esta razão que os investigadores responsáveis pelo projecto mais amplo de investigação da fobia social na adolescência, na população portuguesa, a traduziram, adaptaram e utilizaram nos vários estudos que compunham este projecto (e.g., Cunha, 2005). Foi também por isso a entrevista utilizada nesta investigação, encontrando-se pormenorizadamente descrita na secção 2.2., do capítulo 5.

Questionários de ansiedade social e de outros constructos associados

Um outro tipo de instrumentos de avaliação frequentemente utilizados são os **questionários de auto-resposta**, cuja finalidade é identificar sintomas e comportamentos específicos, relacionados com a ansiedade social, e quantificar a sua ocorrência ou intensidade. Os questionários não são instrumentos suficientes para a elaboração de um diagnóstico, mas são extremamente úteis para avaliar a experiência de ansiedade, segundo a perspectiva da criança ou do adolescente, e para complementar a informação recolhidas durante as entrevistas. Estes questionários são também utilizados como medida de quantificação de resultados de tratamento, por comparação aos seus valores no pré-tratamento, aspecto que tinha para esta investigação a maior importância.

Na tentativa de recolher informação sobre aspectos específicos da ansiedade e fobia social de crianças e adolescentes, o clínico poderá recorrer a vários questionários: (1) a Escala Revista de Ansiedade Social para Crianças (**SASC-R - Social Anxiety Scale for Children-Revised**) (La Greca & Stone, 1993); (2) a Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (**SAS-A - Social Anxiety Scale for Adolescents**) (La Greca & Lopez, 1998); (3) o Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças (**SPAI-C - Social Phobia and Anxiety Inventory for Children**) (Beidel, Turner, & Morris, 1995); (4) o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (**SPAI - Social Phobia and Anxiety Inventory**) (Beidel, Turner, Stanley, & Dancu, 1989), um questionário desenvolvido para adultos com fobia social e validado para a população adolescente (Clark *et al.*, 1994; Garcia-López, Olivares, Hidalgo, Beidel, & Turner, 2001; Olivares, Garcia-López, Hidalgo, Turner, & Beidel, 1999); (5) o Inventário de Fobia Social (**SPIN - Social Phobia Inventory**)

(Connor *et al.*, 2000; Johnson, Inderbitzen-Nolan, & Anderson, 2006); (6) o Inventário de Fobia Social (**SoPhi** - *Social Phobia Inventory*) (Moore & Gee, 2003); (7) a Escala de Medo de Avaliação Negativa (**FNE**) e a Escala de Evitamento e Desconforto Sociais (**SAD**) (Watson & Friend, 1969), inicialmente construídas para adultos, mas estudadas já em populações de adolescentes (Garcia-López *et al.*, 2001; R. Warren, Good, & Velten, 1984).

Na literatura internacional, os questionários mais utilizados em estudos de eficácia de tratamentos para adolescentes com fobia social são o SPAI-C (Beidel *et al.*, 1995) e a SAS-A (La Greca & Lopez, 1998). Foi esta última escala que utilizámos na presente investigação, depois de ter sido traduzida, adaptada e estudada numa população portuguesa de adolescentes, também como parte do projecto de investigação mais geral (Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004). A sua descrição pormenorizada encontra-se no ponto 2.2. do capítulo 5.

Um questionário frequentemente utilizado, mas preenchido pelo clínico, é a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz para Adolescentes (*Liebowitz Social Anxiety Scale for Adolescents* – LSAS-A (Masia-Warner *et al.*, 2003).

Na área da ansiedade aos testes, os questionários mais mencionados são o Inventário de Ansiedade aos Testes (**TAI** – *Test Anxiety Inventory*) (Spielberger *et al.*, 1980) e o Reacções aos Testes (**RT** – *Reaction to Tests*) (Sarason, 1984). Ambos foram estudados em populações portuguesas (Baptista, Soczka, & Pinto, 1989; Ponciano, Loureiro, Pereira, & Spielberger, 2005) e ambos foram utilizados no presente estudo e se encontram descritos no ponto 2.2. do capítulo 5. Mais recentemente, Pereira (2005) aplicou o Questionário de Avaliação do Stress Escolar (Wenz-Gross, Siperstein, Untch, & Widaman, 1997) a uma população de crianças portuguesas e Lowe e colaboradores (2008) elaboraram e estudaram as características psicométricas de um novo instrumento – o Inventário de Ansiedade aos Testes para Crianças e Adolescentes (**TAICA** – *Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents*) (Lowe *et al.*, 2008).

Também na vizinha Espanha tem sido levado a cabo um grande esforço no sentido de estudar, em populações de adolescentes, vários dos questionários acabados de referir (Bermejo, Garcia-López, & Hidalgo, em preparação; Garcia-López, Bermejo, & Hidalgo, em preparação; Garcia-López *et al.*, 2001; Olivares *et al.*, 1999), bem como de desenvolver outras adaptações de questionários já existentes para a população adulta, como é o caso da Escala de Fobia Social (SPS - *Social Phobia Scale*) e da Escala de Ansiedade na Interação Social (SIAS - *Social Interaction Anxiety Scale*) (Mattick & Clarke, 1998) e, ainda, de desenvolver novos questionários específicos para adolescentes com fobia social – Inventário Breve de Ansiedade e Fobia Social (SPAI-B) (Garcia-López, Beidel, Hidalgo, Olivares, & Turner, 2008), Escala para Detecção de Fobia Social (EDAS) (Olivares & Garcia-López, 1998).

Em Portugal, mais uma vez como resultado de um dos estudos do projecto referido anteriormente, foi desenvolvida uma nova escala para avaliar aspectos de ansiedade e evitamento de adolescentes com fobia social – a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004), que foi também um dos instrumentos utilizados neste trabalho (cf. Ponto 2.2. do Capítulo 5).

Outros questionários que avaliam constructos associados à ansiedade social podem também ser utilizados: Perfil de Percepção de Si Mesmo para Crianças (**SPPC** – *Self-Perception Profile for Children*), Avaliação de Aptidões Sociais de Matson (**MESSY** – *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters*) (Matson, Rotatori, & Helsel, 1983), Inventário de Aptidões Sociais de Adolescentes (**TISS** – *Teenage Inventory of Social Skills*) (Inderbitzen & Foster, 1992). Na avaliação de aspectos cognitivos, pode recorrer-se, por exemplo, à Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças (**CATS** – *Children’s Automatic Thought Scale*) (Schniering & Rapee, 2002) ou ao Questionário de Auto-verbalizações de Afecto Negativo (**NASSQ** – *Negative Affect Self-Statement Questionnaire*) (Ronan, Kendall, & Rowe, 1994).

Ainda para avaliação cognitiva, mas já sem utilizar um questionário, podem efectuar-se procedimentos de “**pensar em voz alta**”, (Fox, Houston, & Pittner, 1983), para identificar pensamentos desencadeados em situações sociais.

Questionários de medos, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva

Ainda na classe dos questionários, torna-se útil, na avaliação da fobia social com crianças e adolescentes, utilizar questionários que meçam ansiedade geral, medos e depressão.

Como medidas de ansiedade geral, poder-se-á utilizar o Inventário de Ansiedade Estado e Ansiedade Traço para Crianças (**STAIC** – *State-Trait Anxiety Inventory for Children*) (Spielberger, 1973), a Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (**RCMAS** – *Revised Children’s Manifest Anxiety Scale*) (Reynolds & Richmond, 1978), a Escala de Ansiedade de Spence para Crianças (**SCAS** – *Spence Children Anxiety Scale*) (Spence, 1998), já estudada numa população portuguesa (Fonseca *et al.*, 1999), o Rastreo Perturbações Emocionais Relacionadas com a Ansiedade para Crianças (**SCARED** – *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*) (Muris *et al.*, 1998) ou a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (**MASC** – *Multidimensional Anxiety Scale for Children*) (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997).

Como medida de medos, o questionário mais utilizado é o Inventário de Medos para Crianças (**FSSC-R** – *Fear Survey Schedule for Children-Revised*) (Ollendick, 1983), já estudado numa população portuguesa (Fonseca, 1993).

Por sua vez, o questionário de depressão habitualmente utilizado é o Inventário de Depressão para Crianças (**CDI** – *Children’s Depression Inventory*) (Kovacs, 1985).

A RCMAS e o CDI foram estudados em populações portuguesas (Dias & Gonçalves, 1999; Fonseca, 1992; Marujo, 1994) e foram utilizados no nosso estudo, encontrando-se descritos no ponto 2.2. do capítulo 5.

Informação de pais e professores

Como referimos anteriormente, a avaliação de crianças e adolescentes deve contemplar informação de vários contextos e de várias fontes. Assim, para além de entrevista clínicas, poderão utilizar-se questionários para pais e professores. O questionário para pais e professores mais frequente é o Inventário de Comportamento da Criança (**CBCL** – *Child Behavior Checklist*) (Achenbach, 1991a) e o Inventário de Comportamentos da Criança para Professores (**TRF** –

Teacher Report Form) (Achenbach, 1991b). Estes questionários, pertencentes ao sistema de avaliação multiaxial de Achenbach, permitem facilmente confrontar informação destes dois contextos. Outro questionário para pais que é importante referir é a versão para pais da SAS-A (La Greca, 1999).

Outras estratégias de avaliação

Sendo fundamental recorrer a instrumentos de avaliação de vários tipos, para além de entrevistas e questionários, poderão ainda ser utilizados: (1) diários ou registos de auto-monitorização, em que a criança ou adolescente registam as situações que desencadeiam ansiedade ou mal-estar e outras variáveis que acompanhem esta ansiedade (e.g., pensamentos automáticos ou comportamentos); (2) hierarquias de medos sociais; (3) observação comportamental, nomeadamente, testes de evitamento comportamental (**BAT** - *Behavioral Avoidance Test*), que consistem em colocar a criança ou adolescente em situações que lhes provocam ansiedade, observando e avaliando comportamentos de aproximação e evitamento manifestados (Essau & Barret, 2001; Greco & Morris, 2004; Rapee & Sweeney, 2001; Velting & Albano, 2001), sendo estes testes muitas vezes utilizados para avaliar, de forma mais ou menos estruturada, aspectos relacionados com aptidões sociais (**BAT-CR** - *Revised Behavioural Assessment Test for Children*) (Ollendick, 1981); (4) medidas de avaliação psicofisiológica (e.g., cardiovasculares), a maior parte das vezes associadas a BATs (embora se lhes aponte a fraca utilidade e elevada complexidade e custos).

Informação de pares

Finalmente, de referir ainda a possibilidade de recolher informação relevante por parte dos pares. Esta informação tanto poderá resultar de procedimentos sociométricos standardizados, que avaliam o nível de popularidade ou de aceitação do sujeito no meio do grupo alargado (Inderbitzen *et al.*, 1997), como de medidas relativas à quantidade e qualidade de amigos (La Greca & Lopez, 1998; Vernberg *et al.*, 1992), como ainda de observações comportamentais conduzidas em laboratório (Beidel *et al.*, 1999) ou em contexto escolar (Morris, Messer, & Gross, 1995). Este tipo de avaliação compensa as dificuldades do clínico em obter esta informação através de observação directa e pode ser particularmente útil na avaliação da validade ecológica e generalização dos efeitos de tratamento.

Síntese

A fobia social é uma das perturbações psiquiátricas mais prevalentes em crianças e adolescentes. É mais comum no sexo feminino, embora os rapazes tendam mais a procurar tratamento. Apesar de poder ocorrer muito precocemente, inicia-se mais frequentemente na adolescência e tende a seguir um curso crónico.

Uma grande variedade de situações pode desencadear ansiedade social em crianças e adolescentes. A situação mais temida é falar em público, mas as mais frequentes são situações de interacção informal. Nestas situações, crianças e adolescentes experienciam um amplo leque de sintomas fisiológicos e cognitivos, o que se repercute no seu repertório comportamental.

O DSM-IV distingue um subtipo generalizado de fobia social. Embora os subtipos generalizado e específico possam diferir entre si em diversos aspectos, a questão referente à distinção qualitativa ou quantitativa entre estes subtipos continua em aberto e em aceso debate.

A fobia social apresenta aspectos frequentemente encontrados em várias outras entidades nosológicas. O diagnóstico diferencial deve centrar-se no foco principal do medo, nos contextos em que ele ocorre, no interesse e prazer em frequentar esses contextos, na presença de outra condição que melhor explique os sintomas e na extensão e intensidade com que esses sintomas ocorrem.

Relativamente à etiologia, diferentes teorias têm sido postuladas para explicar a origem da fobia social – genéticas, parentais, traumáticas, evolucionárias, etc. No entanto, a precisa etiologia da fobia social permanece difícil de esclarecer. É possível que factores diferentes sejam responsáveis pelo desencadear da perturbação em diferentes indivíduos e que a fobia social seja o resultado de mecanismos diferentes e complexos que interagem reciprocamente.

Os estudos demonstram que crianças e adolescentes com fobia social são significativamente prejudicadas por um padrão de comorbilidade intrincado e interferente, especialmente no caso da fobia social generalizada, que persiste até à idade adulta. Esta comorbilidade é maior com perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e abuso de substâncias, com uma percentagem menor de perturbações externalizantes e outros diagnósticos. Um início precoce aumenta o risco de comorbilidade e a investigação parece também consensual no que se refere ao facto da fobia social parecer ser um factor de risco para o desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas. Por este motivo, a investigação da natureza e relações temporais entre a fobia social e outras condições comórbidas pode dar informação a esforços de prevenção e intervenção direccionados para a perturbação primária e para as perturbações adicionais, num período crítico do desenvolvimento com a adolescência.

A importância da fobia social advém do facto de não se poder prescindir do contacto com as outras pessoas, pelo que alguém com uma fobia social grave pode ver a sua vida seriamente limitada. Embora seja difícil quantificar o grau de invalidação causado por esta perturbação, a evidência sugere que este grau é bastante significativo tanto na infância, como na adolescência e na idade adulta, podendo resultar numa grave invalidação ao nível académico, social e ocupacional e familiar. Esta interferência está relacionada com os sintomas de ansiedade e evitamento, com o início precoce, com a natureza crónica da perturbação e com as condições comórbidas associadas.

Na adolescência, a fobia social pode ser uma perturbação mental altamente incapacitante, associada a interferências significativas ao nível social, académico e ocupacional, tanto no presente como no futuro, conduzindo a uma qualidade de vida reduzida. Esta interferência resulta, principalmente, da forma como os adolescentes lidam com a elevada ansiedade social, nomeadamente, evitando situações sociais. O evitamento pode fazer com que não se deparem com desafios desenvolvimentais próprios da adolescência, desafios esses que incluem namorar, terminar a escolaridade, ser independente socialmente e assertivo, desenvolver redes de suporte, trabalhar fora da escola e descobrir o mundo entre os outros. A continuação da utilização destas estratégias pode prejudicar o prosseguimento dos estudos ou de uma carreira, as amizades ou a constituição de uma família, tendo, inevitavelmente, um impacto económico naqueles que afecta, nos serviços de saúde aos quais recorrem e na sociedade em geral.

Tal como muitas outras perturbações psiquiátricas, apenas uma pequena percentagem de adolescentes com fobia social procura tratamento, a maior parte das vezes motivada pelas perturbações comórbidas. Para além disso, a fobia social é frequentemente subdiagnosticada e não reconhecida nos cuidados de saúde primários. Mesmo quando diagnosticada, o seu impacto na vida do doente pode ser subestimado e não conduzir ao tratamento.

É importante que o reconhecimento e diagnóstico diferencial e precoce da fobia social seja efectuado por profissionais de saúde mental e profissionais de cuidados primários, principalmente perante dados que indicam que, quando não tratada, predispõe ao desenvolvimento de condições comórbidas e incapacitação considerável.

O maior desafio consiste em implementar precocemente intervenções para a fobia social, quando apenas uma pequena parte dos adolescentes com fobia social pura procura ou é encaminhada para tratamento. Isto quer dizer que não podemos esperar que os adolescentes com fobia social procurem tratamento; é necessário divulgar informação sobre fobia social e recrutá-los activamente, nomeadamente junto das escolas. Mais ainda, a intervenção na fobia social teria que ser realizada antes do desenvolvimento das condições comórbidas associadas, o que quer dizer que estas intervenções teriam que ser levadas a cabo na adolescência. Esta intervenção é tanto mais importante quanto os estudos mostram que o início precoce da perturbação está relacionado com um curso mais persistente e grave do que quando o início é mais tardio e que as condições comórbidas mais frequentes também ocorrem por volta da adolescência.

Considerando o que acabou de ser mencionado, bem como as diversas estratégias de avaliação existentes para esta população, ressalta a importância de desenhar programas de prevenção, avaliação e tratamento que impliquem a detecção e intervenção precoce nos adolescentes com fobia social. Felizmente, existem já evidências de tratamentos disponíveis e eficazes para a fobia social para adolescentes (cf. Capítulo 3). No capítulo seguinte, abordaremos os modelos que estiveram na base do desenvolvimento desses tratamentos.

CAPÍTULO



Capítulo 2

Modelos psicológicos na fobia social

O capítulo que se segue é dedicado aos modelos de conceptualização para a fobia social. Não pretendendo ser um capítulo exaustivo, optámos por apresentar e descrever os modelos que serviram de base directa à construção dos protocolos de tratamento da fobia social em crianças e adolescentes que apresentaremos no capítulo seguinte. Destes, fazem parte os modelos de condicionamento e aprendizagem social, o modelo de défice de aptidões sociais, o modelo de Beck e colaboradores e o modelo de Rapee e Heimberg. A estes, acrescentámos o modelo de Clark e Wells, por nos termos baseado nas suas suposições para construir o novo protocolo de tratamento “Ser Eu próprio entre os Outros” que é alvo do presente estudo. Por fim, descrevemos um modelo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), o mais recente modelo aplicado à fobia social, por daqui termos retirado algumas indicações que incluímos no nosso protocolo.

Prestamos particular atenção e descrevemos em maior pormenor o modelo de Clark e Wells, uma vez que a maioria dos aspectos do protocolo que construímos o tiveram por base.

1. Modelos de condicionamento e aprendizagem vicariante

Tal como acontece para outras perturbações de ansiedade, a **teoria dos dois factores** de Mowrer (1960) oferece um modelo para a compreensão do papel do condicionamento na aquisição e manutenção da fobia social. De acordo com este modelo, a experiência de uma ou mais situações sociais traumáticas ou embaraçosas podem levar o indivíduo que as experiencia a adquirir uma resposta condicionada de ansiedade ou embaraço. Esta resposta condicionada poderá ser desencadeada no futuro por situações sociais semelhantes e generalizar-se ao longo do tempo à medida que os estímulos que a evocam vão aumentando. Para além disso, Mowrer assume que os indivíduos estão motivados para executar respostas de fuga face ao medo e que esse evitamento das situações sociais estaria na base da sua manutenção. Por um lado, o evitamento das situações ansiógenas reduz a ansiedade sentida, reforçando negativamente o comportamento de evitamento. Por outro lado, o mesmo evitamento impede que o indivíduo experiencie situações sociais na ausência de conseqüências negativas e, portanto, impede que os medos condicionados se extingam (Mowrer, 1960).

Relativamente poucos estudos têm abordado este assunto e os que o fizeram não são conclusivos. O primeiro estudo a ser levado a cabo foi o de Öst e Hugdahl, em 1981. Numa amostra de 106 sujeitos com várias fobias em que 34 apresentavam fobia social, 58% destes últimos recordavam experiências traumáticas associadas à perturbação (Öst & Hugdahl, 1981). No entanto, Rapee e Spence (2004) colocam a hipótese desta amostra poder incluir uma proporção significativa de indivíduos com fobias sociais circunscritas, uma vez que o diagnóstico foi efectuado segundo a DSM-III (Rapee & Spence, 2004). De facto, Sterberger, Turner, Beidel e Calhoun (1995) encontraram diferenças significativas entre o grupo de sujeitos com fobia social específica que relatavam experiência traumáticas (56%) e o grupo de normais (20%), enquanto que o grupo de sujeitos com fobia social generalizada (em que 40% dos sujeitos relatava experiências traumáticas) não se distinguia significativamente de nenhum dos outros dois grupos. Hofmann e colaboradores (1995), num estudo com sujeitos com medo de falar em público, verificaram que o número de experiências traumáticas relatadas era superior no grupo que apresentava medo de falar em público do que no grupo controlo de normais. No entanto, apenas 15% dos sujeitos com fobia social situava esta experiência como tendo ocorrido ao mesmo tempo que o início da fobia e um terço apontou a ocorrência de uma crise de pânico como razão subjectiva mais comum para a sua origem (Hofmann, Ehlers, & Roth, 1995). Finalmente, Mulkens e Bögels (1999) verificaram que 74% de sujeitos com fobia social específica (medo de corar) relatavam experiências traumáticas e que este grupo se distinguia significativamente do grupo de controlo, em que 45% relatava experiências traumáticas associadas a corar. De referir ainda que, em todos os estudos que utilizaram grupos de controlo, uma percentagem significativa de indivíduos relatou experiências traumáticas que não originaram qualquer fobia.

De acordo com Rapee e Spence (2004), julgamos que, uma vez que a fobia social pode ter um início precoce, poderá ser mais informativo averiguar a existência de experiências sociais aversivas na infância. Neste campo, adultos com fobia social relatam experiências relacionadas com rejeição, exclusão, humilhação e *bullying* (Ishiyama, 1984) e imagens negativas espontâneas, ligadas a memórias de experiências sociais negativas na infância (Hackmann, Clark, & McManus, 2000). Embora estes estudos sejam retrospectivos e, portanto, sujeitos a enviesamentos de memória, estudos com crianças parecem comprovar esta informação. Por exemplo, Spence, Donovan e Brechman-Toussaint (1999) observaram que crianças com fobia social recebiam menos reforço dos pares na interacção na escola e as crianças com fobia social do estudo de Beidel e colaboradores relataram uma maior ocorrência de acontecimentos sociais aversivos quando comparadas com crianças sem esta perturbação (Beidel, Turner, & Morris, 1999). No entanto, estes resultados podem ser também devidos tanto a enviesamentos de interpretação de acontecimentos sociais (cf. p. 3.2. deste Capítulo), como ao facto das crianças com fobia social terem tendência para se isolar e interagirem menos com os pares, o que poderá levar a que estes, por sua vez, interajam menos com elas ou as vejam como alvos fáceis de gozo e humilhação.

Outra forma de aquisição comumente associada à fobia social é a **aprendizagem observacional** (Bandura, Ross, & Ross, 1961), isto é, observar outras pessoas a experienciar ansie-

dade em situações sociais pode levar a que o observador passe também a temer essas situações. De acordo com este paradigma, Öst e Hugdahl (1981) encontraram 12% de sujeitos com fobia social em que a fobia parecia ter sido adquirida por aprendizagem vicariante, o mesmo acontecendo a 57% de sujeitos do estudo de Hofmann e colaboradores (1995) e a 55% do estudo de Mulkens e Bögels (1999).

Um conceito muitas vezes associado ao condicionamento é o conceito de “preparação” (*preparedness*) (Seligman, 1971). Seligman sugere que as espécies estão geneticamente predispostas para adquirir medos e fobias a situações que podem, no passado evolucionário, ter estado associadas a ameaças à sobrevivência. Esta predisposição seria adaptativa, uma vez que o medo e o evitamento desses estímulos daria uma vantagem selectiva na luta pela sobrevivência. Aplicando este conceito à fobia social, Baumeister e Tice (1990) apontam que, uma vez que os humanos não conseguem sobreviver em isolamento, devem dispor de um mecanismo que iniba comportamentos que possam conduzir à exclusão social. Esse mecanismo envolveria a ansiedade. Vários estudos têm fornecido suporte para esta hipótese, recorrendo tanto a condicionamento clássico, como a vicariante para provocar a aquisição de respostas fóbicas (Mineka & Zinbarg, 1995).

De acordo com os modelos acima referidos, os **tratamentos** daí resultantes baseiam-se em duas técnicas comportamentais: **exposição** e **relaxamento**. Por um lado, através da exposição repetida às situações temidas, as respostas de medo a essas situações seriam extintas. Por outro lado, o relaxamento substituiria a resposta condicionada de medo. Estes procedimentos, juntamente com modelamento e treino de pais em estratégias de manejo contingente, têm sido amplamente utilizados com crianças com perturbações de ansiedade e com fobia social, quer em intervenções individuais quer em programas grupais, como teremos oportunidade de verificar no capítulo seguinte dedicado ao tratamento.

2. Modelo de Défice de Aptidões Sociais

As aptidões sociais representam a capacidade de pôr em prática o conjunto de comportamentos que permitem a um dado indivíduo ser competente socialmente, isto é, obter resultados bem sucedidos na interacção com os outros (McFall, 1982; Spence & Donovan, 1998). Estas aptidões envolvem um largo leque de respostas, verbais e não-verbais, mais simples ou mais complexas, que influencia a percepção e a resposta dos outros durante a interacção social. Alguns exemplos incluem o contacto visual, a expressão facial, o tom de voz, iniciar uma conversa ou fazer um elogio. Algumas teorias iniciais acerca da fobia social enfatizavam o papel do **défice de aptidões sociais** no comportamento não assertivo e no desencadear da ansiedade em situações sociais (McFall & Lillesand, 1971; McFall & Marston, 1970). De acordo com este modelo, o **treino de aptidões sociais** (através de modelamento, *roleplays*, *feedback* correctivo e reforço social) era o tratamento óbvio da fobia social. Embora o conteúdo de cada programa possa variar, inclui habitualmente o treino de aptidões relacionadas com apresentar-se, iniciar uma conversa ou expressar desacordo (Turner, Beidel, Cooley, Woody, & Messer, 1994).

Todavia, alguns teóricos não aceitaram esta formulação e o debate acerca a existência ou não de défice de aptidões sociais nos adultos continua. Efectivamente, algumas investigações encontraram défices de aptidões sociais nos adultos com fobia social (e.g. Stopa & Clark, 1993), enquanto que noutras o mesmo não aconteceu (e.g., Rapee & Lim, 1992). Para além disso, verificou-se ainda que indivíduos com boas aptidões sociais apresentavam, ainda assim, ansiedade social (Halford & Foddy, 1982), e que indivíduos com défice de aptidões sociais podem não apresentar ansiedade social, por não darem importância à impressão que causam nos outros.

Não obstante estes resultados contraditórios na população adulta, já na população infantil e adolescente os autores parecem ser mais consensuais ao afirmar que as crianças com fobia social apresentam défices de aptidões sociais marcados, quando comparadas com crianças não ansiosas. A fundamentar esta posição, várias investigações encontraram evidências sugestivas de défice de aptidões sociais em crianças com fobia social (Beidel *et al.*, 1999; Beidel *et al.*, 2007; Inderbitzen-Nolan, Anderson, & Johnson, 2007; Melfsen, Osterlow, & Florin, 2000; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999)¹. Rapee e Spence (2004) hipotetizam que talvez estes défices desempenhem um papel mais relevante no desenvolvimento e manutenção da fobia social em crianças, do que em adultos. No entanto, também nesta população o debate tem surgido, com alguma investigação a não encontrar os referidos défices (Cartwright-Hatton, Hodges, & Porter, 2003; Cartwright-Hatton, Tschernitz, & Gomersall, 2005).

Baseadas nos resultados da investigação que indicou défice de aptidões sociais nas crianças com fobia social, Spence, Donovan e Brechman-Toussaint (1999) propuseram que o défice de aptidões sociais conduziria a insucessos nas situações sociais, dos quais resultariam expectativas e pensamentos negativos acerca de resultados, em situações futuras de avaliação social. Estas expectativas e pensamentos negativos gerariam respostas afectivas e fisiológicas de ansiedade e comportamentos de evitamento. Para além disso, a ansiedade inibiria a utilização eficaz de aptidões sociais, prejudicando ainda mais o desempenho social. Por outro lado, o evitamento de situações sociais reduziria a oportunidade de aprender novas aptidões sociais, contribuindo para a perpetuação do ciclo de ansiedade social (Spence *et al.*, 1999). Deste modo, as autoras desenvolvem e põem em prática um programa integrado (*Social Skills Training: Enhancing Social Competence in Children and Adolescents - SST*), que enfatiza um componente dedicado ao treino de aptidões sociais, mas que inclui também a criação de oportunidades de interacção social, reestruturação cognitiva, exposição e técnicas de redução de ansiedade, para garantir que todos os aspectos do ciclo de ansiedade social são abordados (Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000).

Também baseados no pressuposto de que o défice de aptidões sociais subjaz à fobia social, Turner e colaboradores (1994) desenvolveram um tratamento comportamental multicomponente – a Terapia de Eficácia Social (*Social Effectiveness Therapy - SET*). Inicialmente dirigido

¹ Refira-se, no entanto, que, tanto Spence (Spence *et al.*, 1999) como Inderbitzen-Nolan (Inderbitzen-Nolan *et al.*, 2007), nos mesmos estudos em que constataram o défice de aptidões sociais em adolescentes com fobia social, encontraram também alguma evidência de enviesamentos negativos relativamente à percepção que faziam do seu desempenho social, deixando em aberto o papel deste enviesamento na diminuição desse desempenho.

para adultos com fobia social, este tratamento foi mais tarde adaptado e aplicado a crianças e pré-adolescentes (SET-C) (Beidel, Turner, & Morris, 2000). Porém, ao contrário do programa de Spence e colaboradores (2000), a SET-C não inclui qualquer componente de reestruturação cognitiva, por os autores considerarem que não dispunham de evidência suficiente da existência de cognições negativas nas crianças.

Ainda que os programas terapêuticos para adolescentes com fobia social que mais insistem no treino de aptidões sociais sejam o SST (Spence *et al.*, 2000) e a SET-C (Beidel *et al.*, 2000), todos os outros protocolos incluem um elemento de treino de aptidões sociais (cf. Cap. 3), evidenciando, ainda, a larga influência do modelo de défice de aptidões.

3. Modelo de Beck, Emery e Greenberg

Optámos por incluir o modelo de Beck, Emery e Greenberg (1985) nesta secção, por considerarmos este modelo um marco importante que serviu de base à investigação de variáveis cognitivas e aos modelos cognitivo-comportamentais para a fobia social que se seguiram.

3.1. O modelo

Beck, Emery e Greenberg (1985) desenvolveram um modelo cognitivo para a ansiedade e fobias, incluindo a fobia social. O conceito fundamental neste modelo é o conceito de “**esquema**”, uma estrutura cognitiva básica que conduz o processamento de informação, utilizada para classificar, interpretar, avaliar e atribuir significado a objectos e acontecimentos. São estas estruturas que orientam um indivíduo numa dada situação, ajudando a dar atenção aos aspectos mais importantes, a interpretar os acontecimentos e a recordar informação relevante. Os autores introduzem, ainda, o conceito de “modo” (*mode*) (Beck, 1996; Beck, Emery, & Greenberg, 1985) para designar uma rede de componentes cognitivos, afectivos, motivacionais e comportamentais, envolvida na capacidade de lidar com situações específicas.

No estudo da psicopatologia, Beck destaca o que chama *primal modes*, modos derivados do nosso passado evolucionário, envolvidos em reacções de sobrevivência e, funcionando de uma forma exagerada ou desajustada à situação presente, envolvidos também nas perturbações psiquiátricas. Nas perturbações de ansiedade, o modo predominante seria o **modo de perigo** e, na perturbação de ansiedade social, o perigo estaria relacionado com a possibilidade de ser avaliado negativamente e com a consequente perda de estatuto social, com uma organização cognitiva composta por crenças nucleares acerca de si (e.g., sou desadequado) e dos outros (e.g., os outros são críticos), crenças condicionais (e.g., se me virem nervoso vão achar que sou um incompetente) e regras rígidas (e.g., não posso mostrar que estou nervoso; tenho que estar sempre à vontade). Face a uma situação social, real ou antecipada, todo o processamento de informação e funcionamento afectivo, motivacional e comportamental de um indivíduo com fobia social é orientado para lidar com o perigo da rejeição ou exclusão social. De um ponto de vista cognitivo, Beck e colaboradores (1985) preconizam então: (1) uma **hipervigilância** a pistas que possam denotar fraqueza, defeito pessoal, ou possibilidade de uma consequente avaliação negativa; (2) uma **interpretação negativa** enviesada de pistas neutras ou moderadamente po-

sitivas, enquanto que pistas positivas são ignoradas; (3) uma **sobrestimação** do perigo social e uma **subestimação** dos recursos ou capacidades pessoais para lidar com ele; (4) uma **recordação selectiva** de resultados negativos em situações passadas. Neste processamento, estão patentes erros lógicos de pensamento (e.g., minimização de qualidade pessoais, maximização de pequenos erros, catastrofização de consequências sociais) que se manifestam em pensamentos automáticos negativos (e.g., não vou ser capaz, vou fazer uma figura ridícula, vão contar a toda a gente que me viram a tremer e vai ser uma vergonha). Perante esta percepção de ameaça social (ainda que a ameaça não esteja, de facto, presente), é activada uma resposta de **ansiedade** com os concomitantes sintomas fisiológicos, sendo também activado o sistema motivacional e comportamental. Este último é responsável por pôr em prática estratégias de emergência para lidar com o perigo, que tanto poderão ser respostas de **fuga**, como de **inibição** ou *freezing* para esconder qualquer fraqueza e evitar a crítica. Esta reacção de auto-defesa expressada por inibições interfere com a expressão espontânea (bloqueia, gagueja, não se concentra no que tem para dizer) e prejudica o desempenho, sendo, desta forma, que o indivíduo é prejudicado pelo mecanismo que era suposto protegê-lo.

Beck e colaboradores (1985) identificam também o papel da **atenção auto-focada** neste processo. Especificamente, referem que, ao estreitar a atenção para pistas de ameaça social, o indivíduo com fobia social fica extremamente consciente do seu comportamento, sentimentos e pensamentos, tornando-se sensível a qualquer pequena falha que é antecipada como “fatal”. Por sua vez, ao notar a ansiedade, a sua atenção é desviada para esta experiência desagradável, que é interpretada como um sinal de que não está a funcionar bem, aumentando o nervosismo e prejudicando o desempenho, proporcionando assim evidência adicional para a avaliação negativa e mantendo o modo de perigo activado. Neste sentido, a percepção de vulnerabilidade continua a aumentar, aumentando a probabilidade de o indivíduo evitar as situações temidas, mantendo e rigidificando um quadro de fobia social.

Finalmente, os autores mencionam a experiência de **vergonha** na ansiedade social, referindo a sua importância – uma vez que o indivíduo tem receio de ser envergonhado pelos ou na presença dos outros – e distinguindo-a da experiência de ansiedade. Consideram a vergonha relacionada com a concepção de imagem pública, activada quando se está (ou se acredita que está) a ser observado e quando se considera que se violou qualquer regra social, expectativa ou exigência. Nestas circunstâncias, infere-se que os outros pensam que o comportamento inadequado é um reflexo de fraqueza, inferioridade, incapacidade ou defeito e que isso conduzirá a represálias, tais como a humilhação ou a ridicularização, sem que o indivíduo tenha qualquer hipótese de se proteger desses ataques. Desta forma, o antídoto para a vergonha consiste em desaparecer da situação embaraçosa, o que poderá ajudar a perceber as “fugas” dos fócos sociais das situações sociais temidas. Beck e colaboradores (1985) defendem que a ansiedade ocorre, geralmente, antes e durante uma situação social, terminando quando a situação termina; no entanto, a vergonha ocorreria durante a exposição à situação social e poderia continuar depois da situação ter terminado.

3.2. A investigação

Corroborando muitos dos pressupostos do modelo anterior, várias investigações têm encontrado evidências da presença e influência de variáveis cognitivas na experiência de ansiedade social, que conduziram, por sua vez, a novos modelos aplicados à compreensão e intervenção na fobia social.

Assim, tem sido verificado que os indivíduos com fobia social:

(1) **sobrestimam** a probabilidade e custo das situações sociais (Foa, Franklin, Perry, & Herbert, 1996; McManus, Clark, & Hackmann, 2000; Poulton & Andrews, 1996; Stopa & Clark, 2000; Voncken, Bogels, & de Vries, 2003) e **subestimam** a sua capacidade de lidar eficazmente com (ou de ter um bom desempenho em) situações sociais (Alden & Wallace, 1995; Leary, Kowalski, & Campbell, 1988; Lucock & Salkovskis, 1988; Norton & Hope, 2001; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993);

(2) apresentam um **enviesamento da atenção** para estímulos sociais negativos (Amir, Foa, & Coles, 1998a; Amir *et al.*, 1996; Asmundson & Stein, 1994; Eastwood *et al.*, 2005; Esteves, 1999; Gilboa-Schechtman, Foa, & Amir, 1999; Holle, Neely, & Heimberg, 1997; Hope, Rapee, Heimberg, & Dombek, 1990; Maidenberg, Chen, Craske, Bohn, & Bystritsky, 1996; Mattia, Heimberg, & Hope, 1993; McNeil *et al.*, 1995; Mogg & Bradley, 2002; Mogg, Philippot, & Bradley, 2004; Mueller *et al.*, 2009; Salvador, 1997; Spector, Pecknold, & Libman, 2003; Sposari & Rapee, 2007; Veljaca & Rapee, 1998);

(3) apresentam uma **atenção auto-focada** aumentada (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1989; Hope, Heimberg, & Klein, 1990; Hope & Heimberg, 1988; Mellings & Alden, 2000; Saboonchi, Lundh, & Ost, 1999),

(4) apresentam **enviesamentos na interpretação** negativa (ou menos positiva) de estímulos sociais ambíguos (Amir, Beard, & Bower, 2005; Amir, Foa, & Coles, 1998b; Franklin, Huppert, Langner, Leibert, & Foa, 2005; Hertel, Brozovich, Joormann, & Gotlib, 2008; Hirsch & Mathews, 2000; Huppert, Pasupuleti, Foa, & Mathews, 2007; Moser, Hajcak, Huppert, Foa, & Simons, 2008; Stopa & Clark, 2000; Voncken *et al.*, 2003; Wilson & Rapee, 2005).

O **enviesamento de memória** para estímulos de ameaça social não está tão bem estabelecido quanto os enviesamentos atencionais ou de interpretação. Com efeito, os dados dos estudos são contraditórios, com alguns estudos a encontrarem tais enviesamentos e outros, por vezes dos mesmos autores ou em diferentes estudos da mesma investigação, a não os encontrarem (Amir, Coles, Brigidi, & Foa, 2001; Amir, Foa, & Coles, 2000; Becker, Roth, Andrich, & Margraf, 1999; Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt, & Liebowitz, 1995; Edwards, Rapee, & Franklin, 2003; Foa, Gilboa-Schechtman, Amir, & Freshman, 2000; Lundh & Ost, 1996, 1997; Mansell & Clark, 1999; Mellings & Alden, 2000; J. Morgan & Banerjee, 2008; Perez-Lopez & Woody, 2001; Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft, & Rodney, 1994; Rinck & Becker, 2005; Salvador, 1997; Wenzel, Jackson, & Holt, 2002). Existe um maior número de estudos que não encontram enviesamentos de memória. Ainda assim, os que encontram (à excepção de um) envolveram sempre colocar os sujeitos sob uma condição de ameaça

social e relativamente a informação auto-referente. Este dado é relevante, uma vez que é provável que, na prática, os indivíduos com fobia social apenas manifestem enviesamentos de memória quando estão sob uma condição de ameaça social eminente (e.g., Edwards *et al.*, 2003) ou depois de uma situação social (Morgan & Banerjee, 2008).

Comparativamente à literatura existente nos adultos, existem ainda poucos estudos que investiguem as mesmas variáveis cognitivas em crianças e adolescentes com fobia social. No entanto, alguma informação começa já a ser revelada. Neste sentido, têm-se encontrado na população mais jovem: (1) **sobrestimativas** da probabilidade e custo das situações sociais e **subestimativas** da capacidade de ter um bom desempenho social (Alfano, Beidel, & Turner, 2006; Cartwright-Hatton *et al.*, 2003; Cartwright-Hatton *et al.*, 2005; Himeno, Nozaki, Ogura, & Shimada, 2007; Inderbitzen-Nolan *et al.*, 2007; Rheingold, Herbert, & Franklin, 2003; Spence *et al.*, 1999); (2) **enviesamentos de atenção** (Alves, Carvalho, & Baptista, 2006; Carvalho & Baptista, 2006; Carvalho, Baptista, Gonçalves, Ressureição, & Ferreira, 2006; Carvalho *et al.*, 2004; Lourenço, Carvalho, Baptista, & Esteves, 2005; Vasey, el-Hag, & Daleiden, 1996); (3) **enviesamentos de interpretação** (Bögels, Snieder, & Kindt, 2003; Bogels & Zigterman, 2000; Lourenço *et al.*, 2005; Miers, Blote, Bogels, & Westenberg, 2008; Muris, Merckelbach, & Damsma, 2000). À semelhança do que acontece nos adultos, os estudos que relatam **enviesamentos de memória** são de difícil interpretação (Carvalho & Baptista, 2006; Casimiro, Carvalho, Baptista, & Esteves, 2005; Mansell & Clark, 1999; Salvador, 1997).

3.3. O tratamento

Ao nível da intervenção terapêutica, diversas estratégias são propostas para ultrapassar a ansiedade e evitamento sociais, todas elas incidindo na tentativa de alteração das várias dimensões do funcionamento cognitivo, através do **diálogo socrático** e do **teste empírico** das cognições e suposições básicas (Beck *et al.*, 1985). Os procedimentos de reestruturação cognitiva de diversos protocolos de tratamento da fobia social em crianças e adolescentes baseiam-se no modelo cognitivo de Beck.

4. Modelo de Clark e Wells

4.1. O modelo

Ao construírem este modelo, Clark e Wells (1995) tentaram explicar a razão pela qual, na ausência de tratamento, a fobia social se pode manter durante anos. Neste sentido, oferecem uma síntese interessante de vários modelos (Beck *et al.*, 1985; Butler, 1985; Hartman, 1983; Heimberg & Barlow, 1991; Leary, 1983; Salkovskis, 1991; Teasdale & Barnard, 1993; Trower & Gilbert, 1989), baseando-se também na experiência clínica e no modelo de processamento de informação auto-regulatório de Wells e Mathews (1994).

Clark e Wells (1995)², à semelhança de Beck e colaboradores (1985), começam por referir que o núcleo da fobia social é o desejo forte de transmitir aos outros uma impressão favorável

² Ver também Wells e Clark (1997), Clark (1997), Wells (1997) e Clark (2001).

de si e uma marcada insegurança acerca da sua capacidade de o conseguir. Segundo os autores, como consequência da interacção entre **predisposições** inatas e experiências prévias, o indivíduo com fobia social constrói uma série de **suposições** acerca de si e do seu mundo social que o faz acreditar que estão em perigo em uma ou mais situações sociais. Acreditam que correm o **perigo** de se comportarem de uma forma desadequada e inaceitável e que esse comportamento terá consequências desastrosas em termos de perda de estatuto, perda de valor pessoal e rejeição.

A este propósito, Clark e Wells (1995) dividem as suposições envolvidas na fobia social em três categorias: (1) **crenças incondicionais** (e.g., “Sou chato”, “diferente”); (2) **crenças condicionais** relacionadas com a avaliação social (e.g., “Se não disser alguma coisa interessante vão achar que sou estúpido”, “Se me conhecerem como eu sou não vão gostar de mim”); (3) padrões demasiado elevados e **regras rígidas** de desempenho social (e.g., “Tenho que parecer sempre interessante e inteligente”, “Não posso mostrar sinais de fraqueza”). Estas suposições levam o indivíduo a interpretar as situações sociais como perigosas, originando previsões negativas acerca do seu desempenho e conduzindo a interpretações de pistas sociais ambíguas ou benignas como sinais de avaliação negativa por parte dos outros.

As situações sociais activam as crenças descritas atrás, sendo percebidas como situações de perigo. Percepcionando a situação como perigosa, é activado um programa automático de **ansiedade**, numa complexa constelação de alterações cognitivas, somáticas e comportamentais, provavelmente herdadas de um passado de evolução filogenética, cuja função no perigoso ambiente primitivo seria a protecção perante ameaças (neste caso, ameaça social). Porém, se o perigo for mais imaginado do que real, a resposta de ansiedade é inapropriada, dando origem a vários ciclos viciosos que, juntos, mantêm e aumentam a ansiedade social e impedem a desconfirmação das suas crenças e avaliações negativas (Clark & Wells, 1995). Estes ciclos viciosos incluem vários factores e podem ocorrer antes, durante ou depois da situação social recuada:

Processamento Antecipatório. Ao antecipar uma situação social, o indivíduo com fobia social prevê em pormenor o que lhe poderá acontecer e como poderá lidar com isso, “ensaian-do” mentalmente conversas e comportamentos. Nessa altura, começa a sentir-se ansioso, ocorrendo-lhe recordações de fracassos passados, imagens negativas de si próprio nessas situações e outras previsões acerca de um desempenho negativo e rejeição. Estas ruminações podem conduzir ao evitamento total da situação, que visa evitar o risco de uma avaliação negativa, mas que impede o indivíduo de dispor de informação desconfirmatória acerca do que antecipou e das suas crenças negativas. Se aquelas ruminações não conduzirem a um completo evitamento da situação, a maior probabilidade é que o indivíduo já entre na situação ansioso e auto-focado e tenha pouca probabilidade de notar sinais de aceitação por parte dos outros.

Processamento Situacional. Na situação social, quando o indivíduo com fobia social pensa que corre o **perigo** de ser alvo de uma avaliação negativa por parte dos outros, a **ansiedade** e os sintomas cognitivos e somáticos que a acompanham são activados. Estes sintomas incluem taquicardia, tremores, rubor, sudação ou bloqueios mentais. Ao ser percebido, cada um

destes sintomas torna-se fonte adicional de perigo, ao ser interpretado como um sinal de fracasso em atingir os padrões sociais fixados (e.g., “tenho sempre que me sentir e parecer calmo e à vontade”) e como um sinal da conseqüente avaliação negativa por parte dos outros ao notarem esses sintomas (e.g. “vão-me ver nervoso e pensar que sou um incompetente”). Esta interpretação adicional de perigo gera um ciclo vicioso que mantém a ansiedade. Para além disso, uma vez que os sintomas associados à ansiedade são interpretados como perigosos em termos sociais, o indivíduo torna-se hipervigilante ao seu aparecimento, o que aumenta a sua intensidade subjectiva e pode mesmo activar os sintomas receados.

Outro aspecto importante, activado quando o indivíduo com fobia social entra numa situação social receada e se sente sob ameaça de ser avaliado negativamente, é o facto de a sua atenção ser deslocada para a observação e monitorização de si próprio – **auto-focus** – principalmente, para aspectos de si que possam ser alvo de avaliação negativa. Este desvio da atenção aumenta a consciência dos sintomas de ansiedade, os quais, por serem interpretados como prova de desadequação, aumentam ainda mais. O indivíduo utiliza esta informação interoceptiva (sentimentos, sensações internas, imagens), produzida pelo auto-focus, para construir uma impressão acerca de si próprio e assume que ela corresponde ao que os outros notam e pensam de si. Confunde, assim, “sentir-se nervoso” com “mostrar-se nervoso”, “sentir-se o centro das atenções” com “ser o centro das atenções” (“*felt sense*”). Para além deste “sentimento”, o auto-focus vem muitas vezes acompanhado de uma imagem, como se o indivíduo tivesse uma visão de si pelo ponto de vista de quem observa. Esta “perspectiva do observador” contém distorções acerca do grau de visibilidade dos sintomas de ansiedade e do seu desempenho, mas o indivíduo acredita que esta imagem corresponde à sua verdadeira imagem perante os outros, já que ela é coerente com as crenças negativas pré-existentes. A atenção auto-focada mantém esta imagem e outras interpretações negativas, uma vez que (juntamente com a utilização de comportamentos de segurança) não permite o processamento de informação externa proveniente da situação e do comportamento dos outros, que poderia ser desconfirmatória. Forma-se, assim, um ciclo vicioso em que a percepção de perigo de avaliação negativa é reforçada por informação gerada internamente e em que as oportunidades de desconfirmação são ignoradas.

Estanto a maioria da atenção deslocada para si próprio, pouca capacidade de atenção resta para processar pistas do exterior. Todavia, o reduzido processamento de pistas externas está ainda enviesado num sentido negativo, sendo mais provável que o indivíduo note e memorize respostas dos outros que interpretou negativamente.

Finalmente, para além da sintomatologia ansiosa e do auto-focus, uma outra consequência da percepção de perigo social diz respeito à utilização de **comportamentos de segurança**. Com efeito, quando o evitamento total da situação não é possível, e sempre com a intenção de reduzir o risco de avaliação negativa, o indivíduo com fobia social leva a cabo um conjunto de comportamentos que têm relações específicas com as consequências receadas que quer ten-

tar impedir ou minimizar (e.g., falar pouco para não dizer um disparate e não pensarem que é estúpido)³. Existem quatro mecanismos, através dos quais os comportamentos de segurança contribuem para a manutenção da fobia social: (1) podem exacerbar as sensações corporais receadas (e.g., tentar esconder a sudação das axilas, mantendo os braços junto ao corpo, aumenta a sudação), o que vai ser percebido graças ao auto-focus e transformado numa fonte adicional de perigo; (2) mantêm o auto-focus e utilizam recursos atencionais que poderiam estar dirigidos para informação desconfirmatória (e.g., não olhar à volta, quando se sente observado, aumenta a probabilidade de estar auto-focado e impede que perceba que ninguém ou quase ninguém lhe está a prestar atenção); (3) impedem a desconfirmação de pensamentos e crenças negativas, uma vez que a não-ocorrência das consequências receadas é atribuída ao uso dos comportamentos de segurança e não ao facto de a sua ocorrência não ser provável ou catastrófica (e.g., ter muito cuidado para não entornar impede a constatação de que, mesmo sem muito cuidado, não entornaria e, mesmo que entornasse, isso não teria qualquer consequência negativa); (4) podem contaminar a situação social e são frequentemente mais notórios do que os sintomas que têm como objectivo esconder e mais prejudiciais do que as catástrofes que têm como objectivo evitar (e.g., não estabelecer contacto visual e não falar para não notarem que está nervoso é interpretado pelo interlocutor como desinteresse por si e pode fazer com que este emita respostas menos amistosas).

A Figura 3.1. apresenta os processos que ocorrem durante a situação social e que contribuem para a manutenção da fobia social.

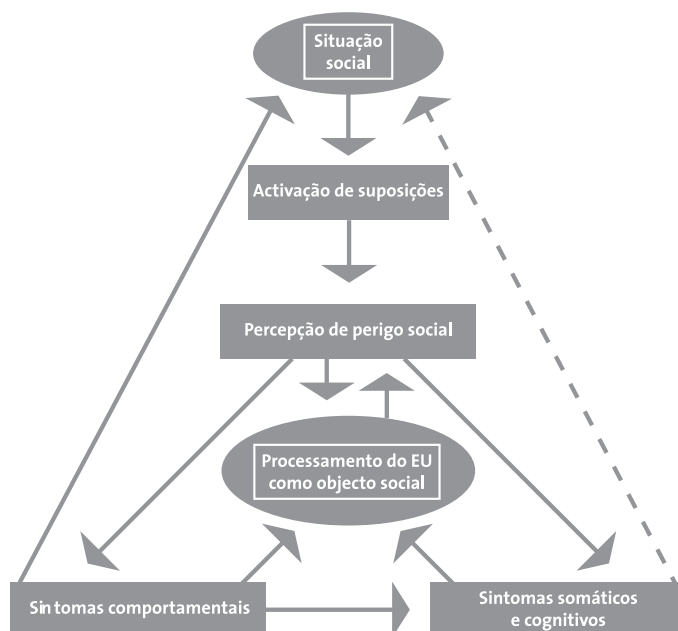


Fig. 3.1. Factores situacionais envolvidos na manutenção da fobia social (adapt. de Clark e Wells, 1995)

³ Embora designados de “comportamentos de segurança”, estas estratégias podem consistir em processos mentais internos (e.g., pensar muito bem no que vai dizer para não dizer um disparate e não pensarem que é estúpido) (Clark, 2001).

Processamento pós-situacional (ou autópsia da situação). Depois de abandonar a situação, os pensamentos e emoções negativas não desaparecem imediatamente. Dada a natureza das situações sociais e a natureza do processamento de informação do indivíduo com fobia social, é pouco provável que este tenha percebido ou processado sinais inequívocos de aprovação social. Como resultado, é levada a cabo uma revisão pormenorizada da interação, ou como forma de reparar o desempenho e planear desempenhos futuros ou para reduzir a incerteza acerca da impressão que pode ter causado nos outros (Wells & Clark, 1997). Todavia, a informação processada preferencialmente durante a situação foi a de sentimentos, pensamentos e desempenhos negativos (pelo facto de se encontrar em auto-foco), pelo que foi esta que mais fortemente ficou registada na memória. Pelo contrário, foi prestada pouca atenção a informação neutra ou benigna proveniente dos intervenientes na situação, pelo que é pouco provável que o indivíduo disponha de informação de aceitação que desconfinme os seus receios. Como tal, o processamento pós-situacional é dominado por informação interoceptiva, sentimentos negativos e percepções negativas do desempenho, bem como pela recordação de imagens de fracassos sociais anteriores, sendo provável que a interação seja considerada como muito mais negativa do que aquilo que efectivamente foi. É assim que uma situação, que pode ter sido interpretada como totalmente neutra (ou mesmo como positiva) por um observador externo e que poderia desconfirmar avaliações e crenças negativas, fica codificada como mais um fracasso a acrescentar à lista de fracassos passados e fortalece a crença do indivíduo acerca da sua desadequação social. Este tipo de processamento poderá explicar a razão pela qual os indivíduos com fobia social experienciam um sentimento de vergonha que persiste já depois da ansiedade ter desaparecido (Clark & Wells, 1995).

4.2. A investigação

Numerosas investigações têm encontrado suporte para o modelo de Clark e Wells, verificando-se, nomeadamente, que:

(1) indivíduos com ansiedade social elevada apresentam um **processamento antecipatório** caracterizado por recordações de impressões negativas de si próprio (Mansell & Clark, 1999) e de fracassos passados (Hinrichsen & Clark, 2003)⁴, antecipando também catástrofes que poderão acontecer, formas de evitar ou fugir da situação social e comportamentos de segurança antecipatórios (e.g., ensaiar uma conversa) (Hinrichsen & Clark, 2003); estes processos estão relacionados com o aumento de ansiedade antecipatória (Hinrichsen & Clark, 2003; Vassipoulos, 2005) (o que, no estudo de Hinrichsen e Clark, também acontecia com indivíduos com baixa ansiedade social);

(2) os indivíduos com fobia social ou com elevada ansiedade social têm tendência para **interpretar** as situações sociais de uma forma mais negativa do que indivíduos sem fobia social, incluindo o seu próprio desempenho (Alden & Wallace, 1995; Amir *et al.*, 1998b; Franklin *et al.*, 2005; Hertel *et al.*, 2008; Hirsch & Mathews, 2000; Huppert *et al.*, 2007; Leary *et al.*, 1988; Lucock & Salkovskis, 1988; Moser *et al.*, 2008; Norton & Hope, 2001; Rapee & Lim,

⁴ Mellings e Alden (2000) não encontraram um efeito semelhante no seu estudo.

1992; Stopa & Clark, 1993, 2000; Wilson & Rapee, 2005);

(3) a ansiedade social está associada com uma **atenção auto-focada** mais elevada (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch *et al.*, 1989; Hope, Heimberg *et al.*, 1990; Hope & Heimberg, 1988; Mellings & Alden, 2000; Saboonchi *et al.*, 1999), o aumento da atenção auto-focada aumenta os níveis de ansiedade (Woody, 1996; Woody & Rodriguez, 2000)⁵ e o abandono do auto-focus contribui para a redução da ansiedade e de crenças nas catástrofes recedadas, ao mesmo tempo que altera a perspectiva do observador (Wells & Papageorgiou, 1998);

(4) os indivíduos com fobia social (ou ansiedade social elevada), quando ansiosos, apresentam um **processamento** reduzido de **pistas sociais externas** (Chen, Ehlers, Clark, & Mansell, 2002; Daly, Vangelisti, & Lawrence, 1989; Hope, Heimberg *et al.*, 1990; Mansell & Clark, 1999; Mellings & Alden, 2000)⁶;

(5) no (reduzido) **processamento de informação externa**, os indivíduos com fobia social (e indivíduos com ansiedade social elevada) manifestam um enviesamento no sentido de detectarem mais rapidamente pistas que podem ser interpretadas como sinais de desaprovação dos outros (Eastwood *et al.*, 2005; Gilboa-Schechtman *et al.*, 1999; Veljaca & Rapee, 1998);

(6) os indivíduos com fobia social constroem imagens de si próprios a partir da **perspectiva do observador**, que assumem ser a forma como os outros os percebem (Hackmann, Surawy, & Clark, 1998; Wells, Clark, & Ahmad, 1998); muitas dessas imagens estão ligadas a memórias de acontecimentos traumáticos ocorridos na infância (Hackmann *et al.*, 2000) e as inferências exageradas acerca da forma como parecem aos outros, principalmente acerca da visibilidade dos sinais de ansiedade, são baseadas em informação interna tornada acessível através do auto-focus (Mansell & Clark, 1999; McEwan & Devins, 1983; Mellings & Alden, 2000; Mulkens, de Jong, Dobbelaar, & Bogels, 1999); Hirsh e colaboradores mostraram ainda que manter imagens de si na perspectiva do observador aumenta a ansiedade experienciada, as crenças negativas acerca da visibilidade dos sinais de ansiedade e de um fraco desempenho (avaliação esta que também era confirmada por um observador externo) (Hirsch, Clark, Mathews, & Williams, 2003; Hirsch, Meynen, & Clark, 2004);

(7) os **comportamentos de segurança** e o **auto-focus** desempenham um papel importante na manutenção da fobia social e o seu abandono, em situações de exposição, resulta numa significativa redução da ansiedade social e das crenças acerca das consequências recedadas (McManus *et al.*, 2009; H. Morgan & Raffle, 1999; Wells *et al.*, 1995);

(8) os **medos sociais** e consequentes **comportamentos de segurança** utilizados por indivíduos com ansiedade social elevada aumentam a ansiedade, as crenças nos medos sociais, a percepção de si próprio como parecendo mais nervoso e a percepção de um fraco desempenho social, para além de afectarem negativamente a forma como são percebidos pelos outros (menos amistosos ou calorosos) (Alden & Bieling, 1998; Curtis & Miller, 1986; McManus, Sacadura, & Clark, 2008);

⁵ O mesmo não encontraram outros investigadores (Bogels, Rijsemus, & De Jong, 2002).

⁶ De referir no entanto que alguns autores não encontraram uma memória reduzida de pistas sociais externas (Stopa & Clark, 1993).

(9) os **comportamentos de segurança** medeiam os défices que os indivíduos com fobia social apresentam no desempenho social (Stangier, Heidenreich, & Schermelleh-Engel, 2006);

(10) indivíduos com elevada ansiedade social se envolvem em prolongados **processamentos pós-situacionais** (Abbott & Rapee, 2004; Dannahy & Stopa, 2007; Edwards *et al.*, 2003; Kocovski, Endler, Rector, & Flett, 2007; Kocovski & Rector, 2007; Lundh & Sperling, 2002; Mellings & Alden, 2000; Perini, Abbott, & Rapee, 2006; Rachman, Gruter-Andrew, & Shafraan, 2000)⁷, associados a interpretações negativas acerca do desempenho (Dannahy & Stopa, 2007), que interferem com a concentração e estão associados ao evitamento de situações futuras (Rachman *et al.*, 2000);

(11) vários estudos de resultados de tratamento, que têm avaliado **enviesamentos de informação** no pré e no pós tratamento, verificam que a melhoria sintomática na fobia social é acompanhada por reduções nos enviesamentos e na atenção auto-focada (Foa *et al.*, 1996; Hofmann, 2001; Lucock & Salkovskis, 1988; Woody, Chambless, & Glass, 1997), bem como no processamento pós-situacional (Abbott & Rapee, 2004).

Mais uma vez, a informação relativa a **enviesamentos de memória**, nomeadamente no processamento pós-situacional, não é conclusiva (cf. ponto 3.2. deste Capítulo).

Relativamente a investigações das variáveis que corroboram o modelo em **crianças e adolescentes** (para além dos estudos apresentados no ponto 3.2. deste Capítulo), chegaram ao nosso conhecimento dois estudos (Hignett & Cartwright-Hatton, 2008; Hodson, McManus, Clark, & Doll, 2008). Hignett e Cartwright-Hatton (2008) encontraram evidência da existência de uma perspectiva do observador em adolescentes e da sua relação com a ansiedade social. Por outro lado, Hodson e colaboradores (2008) investigaram se as variáveis do modelo de Clark e Wells (1995) estariam presentes e seriam mais evidentes em crianças com elevada ansiedade social. Os autores verificaram que as crianças com ansiedade social mais elevada obtinham pontuações significativamente mais elevadas nas variáveis do modelo, nomeadamente, em cognições sociais negativas, atenção auto-focada, comportamentos de segurança, processamento antecipatório e processamento pós-situacional e que cada um destes factores era um preditor significativo de ansiedade social. Os autores sugerem que o próximo passo seja testar a validade do modelo numa população de crianças com fobia social e que se comece a utilizar o modelo para guiar a avaliação, formulação e tratamento deste grupo etário.

4.3. O tratamento

O resumo das indicações terapêuticas que aqui deixamos baseia-se nas indicações dos autores, ao longo de várias obras (Clark, 1997, 2001; Clark & Wells, 1995; Wells, 1997; Wells & Clark, 1997).

Ao contrário de outras abordagens cognitivo-comportamentais que combinam estratégias cognitivas e comportamentais para aumentar o auto-controlo e as aptidões sociais, a abordagem terapêutica que deriva do modelo de Clark e Wells (1995) defende que a maioria dos in-

⁷ Outros autores (McEvoy & Kingsep, 2006) não encontraram esta relação.

divíduos com fobia social não apresenta défices de competências sociais e sugere que ensinar técnicas de manejo da ansiedade não deve ser uma estratégia prolongada. O objectivo do tratamento deve ser a modificação das auto-avaliações e crenças disfuncionais. Com este objectivo, os autores propõem uma sequência terapêutica particular.

Em primeiro lugar, deve desenvolver-se uma **formulação idiossincrática** da manutenção do problema, baseada no modelo (cf. Fig. 3.1.). A isto, seguem-se experiências comportamentais que aumentem e diminuam o auto-focus e os comportamentos de segurança durante uma situação recuada, para **ilustrar o modelo**, (nomeadamente como estes dois aspectos aumentam a percepção de ansiedade e prejudicam o desempenho) e torná-lo credível aos olhos do doente (Clark & Wells, 1995).

Uma vez estando estabelecido que o doente usa informação interna para inferir como está a parecer aos outros, o próximo passo consiste em **obter informação realística** acerca da sua imagem. Desta forma, a fase subsequente envolve o desafio da imagem distorcida que tem de si e que acredita que corresponde ao que os outros vêem. Para atingir este objectivo, Clark e Wells sugerem a utilização de informação das pessoas envolvidas nas experiências comportamentais (Clark, 1997) e enfatizam a utilização de áudio ou *video-feedback*, recomendando também **estratégias cognitivas**, como questionar a evidência que suporta as suas auto-percepções e listar pensamentos alternativos e contra-evidência (Wells, 1997). Estas estratégias permitirão ao doente perceber que as avaliações que faz de si próprio (da visibilidade dos sintomas de ansiedade e do seu desempenho) são baseadas em sentimentos e que estes não são um bom indicador. Para maximizar a utilização de *video-feedback*, é recomendado que, antes do vídeo ser visualizado, se efectue uma “preparação cognitiva” (Clark, 2001; Harvey, Clark, Ehlers, & Rapee, 2000). Este procedimento visa minimizar a possibilidade de o doente continuar a ver a sua imagem no vídeo mais negativa do que realmente é e maximizar discrepâncias entre a auto-imagem e a imagem do vídeo. Esta preparação consiste em: (1) pedir ao doente que tente visualizar mentalmente como acha que pareceu aos outros; (2) operacionalizar (ou mesmo gravar em vídeo) esta imagem; (3) recomendar que, ao ver o vídeo, tente observar-se como se estivesse a olhar para um estranho, baseando-se apenas no que vê e ouve para se avaliar e ignorando sentimentos subjectivos. A imagem que construiu será então comparada com a sua imagem real no vídeo. Essa imagem (ou outras imagens de desempenhos bem sucedidos) poderá depois servir para substituir imagens de si que são activadas em situações sociais. No entanto, há que acautelar que estas estratégias não se transformem, elas próprias, em comportamentos de segurança. No final da visualização do vídeo, deve discutir-se a experiência, por exemplo, ver se algum desempenho menos positivo não se ficou a dever à utilização de comportamentos de segurança.

O doente é ainda envolvido na realização de experiências de **exposição**, como tarefa de casa, durante as quais deve reorientar a sua atenção externamente e desistir de comportamentos de segurança, enquanto “interroga” o ambiente para obter informação desconfirmatória. Só assim poderá maximizar o processamento desconfirmatório, passando a dispor de informação fidedigna acerca de si, dos outros e da impressão que causa neles, oportunidade que lhe tem sido negada até agora, tanto devido à utilização de comportamentos de segurança, como ao fac-

to de não prestar verdadeiramente atenção ao que acontece à sua volta (Clark & Wells, 1995).

Um componente importante do modelo consiste em recorrer a experiências comportamentais para testar as previsões do doente que dizem respeito às consequências que receia acontecerem. Não se pretende a simples repetição de exposições, uma vez que o princípio orientador não é a habituação, mas a mudança cognitiva em que a exposição é utilizada para testar previsões acerca da perigosidade de uma situação (Clark, 2001). Estas experiências (tal como as exposições que levar a cabo entre as sessões) devem ser efectuadas na ausência de comportamentos de segurança e utilizando um foco de atenção externo.

As antecipações acerca das consequências receadas devem também ser alvo de reestruturação, recorrendo a **técnicas cognitivas** de reatribuição verbal (Wells, 1997).

Quanto ao **processamento antecipatório e pós-situacional**, Clark e Wells (1995) recomendam que sejam discutidas com o doente as vantagens e desvantagens de continuar a utilizá-los, na sequência do que se recomenda que desista destes processamentos.

Finalmente, as **crenças e suposições disfuncionais** são abordadas através do diálogo socrático, bem como de experiências que aumentam a probabilidade de as consequências receadas acontecerem. Isso permitirá alargar os limites do que consideram socialmente adequado e obterem informação acerca de si e dos outros (Clark & Wells, 1995).

A eficácia das 16 sessões da terapia cognitiva individual, baseada no modelo de Clark e Wells (1995), tem sido comprovada por alguns estudos. Esta terapia obteve melhores resultados terapêuticos do que os obtidos com uma combinação de fluoxetina e auto-exposição (Clark *et al.*, 2003), com uma combinação de exposição e relaxamento (Clark *et al.*, 2006), com a mesma terapia aplicada em grupo (Mortberg, Clark, Sundin, & Aberg Wistedt, 2007; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003) e com um tratamento psiquiátrico de rotina, envolvendo medicação conjuntamente com suporte emocional (Mortberg *et al.*, 2007).

Quanto à aplicação terapêutica deste modelo à população mais jovem, apenas temos conhecimento de um estudo de caso apresentado por Ahrens-Eipper e Hoyer (2006). Neste estudo, os autores apresentam um rapaz de 11 anos com uma fobia social específica a ditados, cujo caso foi avaliado, conceptualizado e tratado com sucesso, recorrendo ao modelo de Clark e Wells (1995) (Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006).

5. Modelo de Rapee e Heimberg

5.1. O modelo

Baseados em dados da investigação empírica, bem como recorrendo à sua experiência clínica, Rapee e Heimberg (1997) seguem muito de perto o modelo de Clark e Wells (1995) e fornecem uma explicação abrangente para a etiologia e manutenção da fobia social (cf. Fig. 3.2.). De acordo com o seu modelo, os indivíduos com fobia social podem apresentar alguma **vulnerabilidade** genética, responsável por uma tendência para prestar mais atenção a pistas relacionadas com perigo, mas seriam os factores ambientais que ajudariam a determinar que devem

ser as pistas sociais aquelas a que se deve estar mais atento. Neste sentido, os autores referem que pais sobreprotectores ou intrusivos podem veicular a mensagem de que se é pouco competente para lidar com situações sociais. Estes pais podem, ainda, ter transmitido a mensagem de que a avaliação dos outros é muito importante, ao mesmo tempo que modelaram respostas de ansiedade perante a possibilidade de uma avaliação negativa. A partir daqui, os indivíduos desenvolvem crenças fundamentais acerca de si e dos outros, nomeadamente, que não dispõem das capacidades necessárias para lidar eficazmente com situações sociais, que as pessoas têm tendência a estar constantemente a avaliar os outros e que é extremamente importante ser avaliado positivamente pelos outros.

Assim, quando se aproxima uma situação social, o indivíduo com fobia social forma uma **representação mental** de si percebido pelos outros. Esta representação mental inclui informação da memória a longo-prazo, informação interna (e.g., sensações somáticas) e informação externa (e.g., expressões faciais dos outros). Uma vez que a avaliação dos outros é tão importante para si, o indivíduo tenta prever as **expectativas** ou padrões de desempenho (*standards*) que eles – a “**audiência**” – terão para si numa determinada situação. A seguir, tenta verificar se a representação mental que faz de si corresponde a esses padrões. Contudo, como a imagem que faz de si está já enviesada negativamente, de uma forma consistente com as crenças negativas acerca da sua aparência ou comportamento, a conclusão óbvia é que não corresponde às expectativas dos outros. Esta “constatação” conduzirá ao **medo de avaliação negativa** e à previsão de consequências sociais desastrosas, o que, por sua vez, desencadeará uma resposta de **ansiedade**, com os concomitantes sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que serão tidos em conta (negativamente) na representação mental e contribuirão para a manutenção do ciclo vicioso.

Por outro lado, a crença de que a avaliação dos outros é extremamente importante e a representação negativa de si motivam uma **hipervigilância** a pistas de ameaça social que possam deixar prever consequências sociais negativas. Este enviesamento da atenção faz com que, numa situação social, o indivíduo com fobia social tenha que dividir os seus recursos de atenção entre pistas ameaçadoras provenientes do seu comportamento ou aparência, ameaças sociais externas que indiciem uma avaliação negativa e as exigências decorrentes da tarefa social que está a desenvolver (e.g., conversar). Por este motivo, podem perceber e/ou manifestar efetivamente défices no seu desempenho, principalmente se a tarefa requerer grandes recursos de atenção, o que pode originar um *feedback* negativo da parte dos outros.

Outra razão que pode conduzir a défices no desempenho social prende-se com a utilização de **evitamentos**. Estes podem ser evitamentos abertos (e.g., não ir a uma festa) ou evitamentos mais subtis (e.g., evitar o contacto visual) (comportamentos de segurança, de acordo com Wells *et al.*, 1995). Os défices de desempenho são interpretados como uma confirmação da previsão de fracasso, criando uma profecia auto-realizadora e mantendo a ansiedade social (Coles, Hart, & Heimberg, 2001; Rapee & Heimberg, 1997). De notar que, de acordo com o presente modelo, não é considerado fundamental ou característico o défice de aptidões sociais, sendo este, se existir, melhor explicado como resultado da ansiedade, de limitações na capacidade de atenção e de comportamentos de segurança.

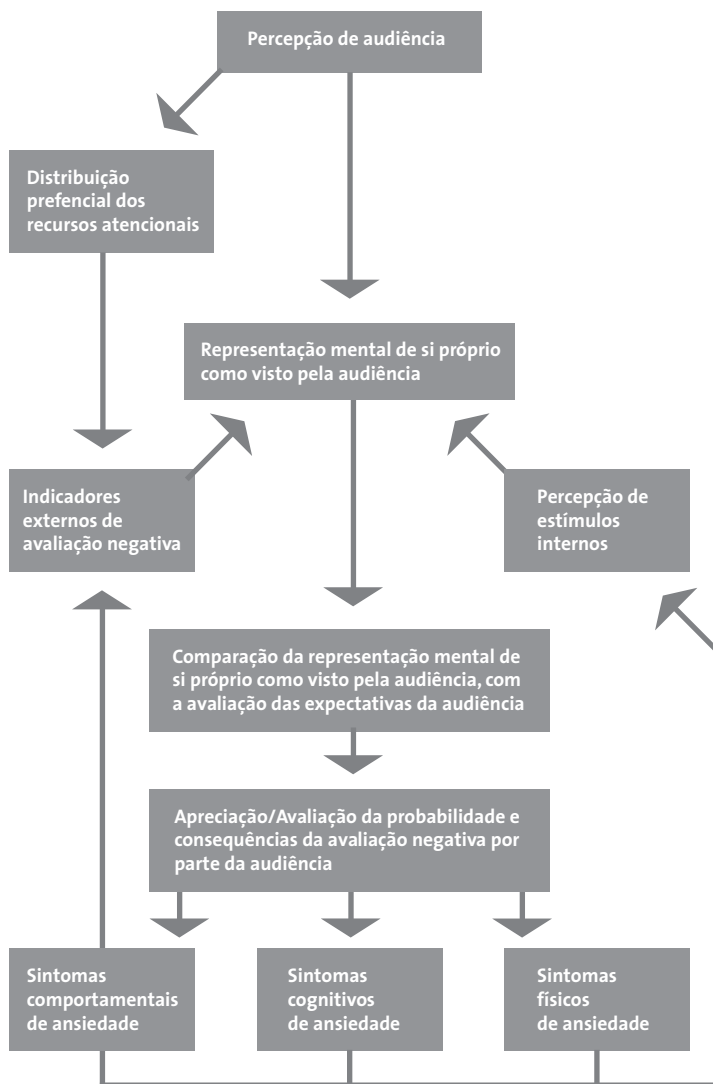


Fig. 3.2. Modelo da fobia social de Rapee e Heimberg (adapt. de Rapee e Heimberg, 1997)

Rapee e Heimberg (1997) referem que os processos cognitivos que, segundo o modelo, originam e mantêm as respostas de ansiedade social, são semelhantes, quer o indivíduo se encontre efectivamente nela, quer a antecipe ou a recorde.

5.2. A investigação

Ao longo da explanação que fazem do modelo, Rapee e Heimberg (1997) vão fazendo referência a investigação empírica que corrobora a existência dos aspectos que o modelo privilegia (e.g., representação mental negativa de si próprio), a maioria da qual foi já apresentada (cf. ponto 3.2. e 4.2. deste Capítulo).

5.3. O tratamento

Segundo os autores, este modelo oferece pistas para um tratamento que quebre o ciclo

vicioso acima descrito, através do uso de intervenções cognitivo-comportamentais antes, durante e depois de exposições ao vivo. Desta forma, Heimberg e Becker desenvolveram a Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo para a Fobia Social (*Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia – CBGT*) (Heimberg & Becker, 2002; Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985; Hope, Heimberg, & Turk, 2006), o primeiro tratamento manualizado, construído especificamente para a fobia social (Heimberg & Becker, 2002). Com o objectivo de modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais, conceptualizados como factores de manutenção da fobia social (Rapee & Heimberg, 1997), este protocolo baseia-se na **exposição** durante a sessão, **reestruturação cognitiva**, e **tarefas de casa**, que incluem exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. A CBGT refere também a importante contribuição do foco externo de atenção e da utilização de *video-feedback*. No entanto, o uso que faz destas estratégias não é tão sistemático ou específico quanto acontece na intervenção baseada no modelo de Clark e Wells (1995).

A eficácia da CBGT tem sido amplamente demonstrada (Gelernter *et al.*, 1991; Heimberg *et al.*, 1985; Heimberg *et al.*, 1990; Heimberg *et al.*, 1998; Hofmann, 2004; Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch, & Suvak, 2006; Liebowitz *et al.*, 1999; Otto *et al.*, 2000).

Albano e colaboradores (Albano & DiBartolo, 2007; Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995) adaptaram este protocolo para ser aplicado a adolescentes, originando a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes (*Cognitive-Behavioral Group Therapy in Adolescents – CBGT-A*). Todavia, nesta adaptação, não incluíram na intervenção a modificação do foco de atenção, a desistência dos comportamentos de segurança, nem a utilização do *video-feedback*, como é referido (ainda que brevemente) no protocolo da CBGT para adultos. Este protocolo será abordado com detalhe no Capítulo 3, dedicado ao tratamento da fobia social na infância e adolescência.

6. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

6.1. O modelo

Os modelos de psicopatologia baseados na aceitação marcam a terceira geração na tradição da terapia comportamental (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), significando um tipo de mudança de paradigma. A Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes *et al.*, 1999) é uma destas abordagens. A ACT apresenta uma filosofia que enfatiza que a dor psicológica é um aspecto comum e natural da experiência humana.

O modelo baseia-se numa filosofia denominada **contextualismo funcional**, que considera que a unidade analítica nuclear é o “acto a desenrolar-se num contexto” (*ongoing act in context*). A ACT considera que os acontecimentos psicológicos são um conjunto de interacções entre organismos totais e determinados contextos históricos e situacionais e que retirar o comportamento problema do cliente dos contextos que participam nesse acontecimento seria perder a natureza do problema e a possibilidade de uma solução (Hayes, 2004).

Central a este paradigma é o desenvolvimento da Teoria dos Marcos Relacionais (**RFT - Relational Frame Theory**), de acordo com a qual a linguagem e a cognição permitiriam aos se-

res humanos serem especialmente capazes de derivar e combinar relações entre estímulos e de colocá-los sob um controlo contextual arbitrário (Hayes *et al.*, 1999). As funções literais e avaliativas da linguagem permitem aos humanos antecipar o futuro e acontecimentos recedados, avaliar o seu desempenho como sendo inferior ao dos outros e rotular as suas respostas como aversivas ou patológicas. Estes produtos verbais são experienciados como se se tratasse dos acontecimentos reais que descrevem – **fusão cognitiva** - e desencadeiam sofrimento, que o indivíduo tenta evitar, lutando para controlar ou eliminar estes acontecimentos internos – **evitamento experiencial**.

A fusão cognitiva seria, então, o processo pelo qual os humanos se consideram indistintos das suas experiências internas transitórias e o evitamento experiencial consistiria na recusa do indivíduo em permanecer em contacto com determinadas experiências internas (e.g., sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias) que considera negativas e dolorosas (Hayes *et al.*, 1999). Por outro lado, as consequências infelizes deste estilo de aprendizagem descrito pela RFT é que, devido à sua natureza rápida, complexa e contínua, inúmeras pistas podem desencadear dor psicológica, tornando virtualmente impossível evitar estas pistas comportamentalmente (Hayes, 2004). Assim, quando não é possível evitar a dor emocional através de uma acção comportamental, o indivíduo envolve-se em estratégias mentais para reduzir ou eliminar o desconforto. No entanto, estes esforços são contraproducentes, uma vez que tentar suprimir pensamentos e sentimentos poderá, paradoxalmente, aumentá-los, aumentando o sofrimento que visava evitar. De acordo com o modelo da ACT, a fusão cognitiva e o evitamento experiencial estariam na base da inflexibilidade psicológica que caracteriza a psicopatologia, contribuindo para o seu desenvolvimento e manutenção. Como, para evitar estímulos dolorosos ou contextos que os desencadeiam, o indivíduo irá restringir cada vez mais o seu comportamento, a consequência natural será a diminuição da qualidade de vida. Por outras palavras, o evitamento experiencial interfere com a capacidade do indivíduo de se comportar de um forma consistente com os seus valores.

Baseados neste modelo, Herbert e Cardaciotto (2005) apresentaram um modelo aplicado à fobia social (Fig. 3.3).

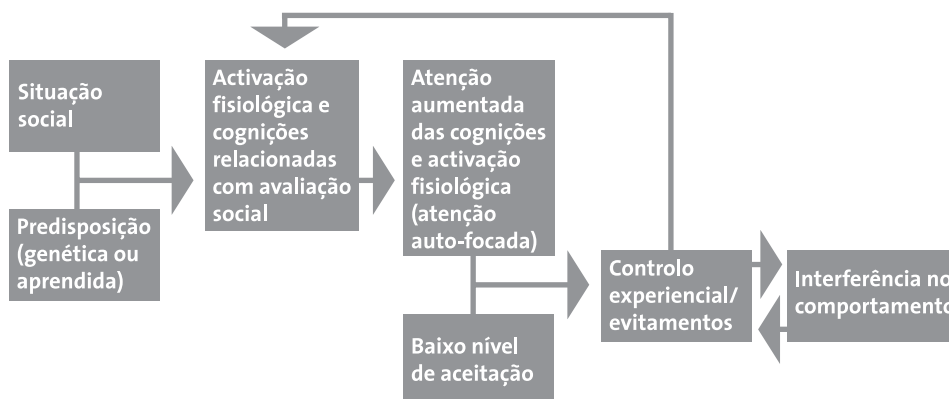


Fig. 3.3. Modelo da Fobia Social baseado na Aceitação (Herbert & Cardaciotto, 2005)

Em primeiro lugar, situações sociais (reais ou antecipadas), num contexto de **predisposição** à ansiedade social, desencadeiam **activação fisiológica e pensamentos negativos** relacionados com avaliação social. A predisposição pode ser genética, resultado de aprendizagens ou uma combinação de ambos e, sem ela, a situação social produziria apenas uma activação mínima. À medida que surgem pensamentos e sentimentos relacionados como a ansiedade, é desencadeado um aumento da **consciência interna** e uma diminuição na atenção a pistas externas. Os efeitos deste aumento da atenção auto-focada dependerão do nível de aceitação. Num contexto de aceitação não avaliativa, a activação cognitiva e fisiológica seria simplesmente notada, sem que se levassem a cabo tentativas para a evitar ou controlar. Porém, num contexto de **reduzida aceitação**, o indivíduo envolve-se num conjunto de estratégias de **evitamento experiencial** que visa alterar a forma ou frequência destes pensamentos e sentimentos (e.g., distrair-se). Estas estratégias estão destinadas ao fracasso, tornando as experiências que tinham por objectivo eliminar ou diminuir ainda mais salientes. Estabelece-se, desta forma, um ciclo vicioso de aumento de activação, aumento de atenção e aumento dos esforços de controlar a experiência interna, conduzindo a uma **interferência no comportamento**. Esta interferência pode tomar a forma de evitamento de situações que desencadeiam ansiedade, diminuição do desempenho em situações sociais ou de desempenho e limitações no repertório comportamental, o que conduzirá a mais esforços de controlo experiencial.

Orsillo, Roemer, Block-Lerner, LeJeune, & Herbert (2004) acrescentam que o controlo da experiência interna conseguido pelo indivíduos com fobia social tem um preço na sua **qualidade de vida**, nomeadamente, envolvem-se em relações superficiais com os outros, sempre sorrindo, concordando e pedindo desculpa. Contentam-se com relações interpessoais pobres e vêem a sua vida ser prejudicada nos domínios que envolvem relações sociais.

6.2. A investigação

Vários estudos têm verificado que a tentativa de evitar experiências internas: (1) resulta no seu aumento e num impacto negativo no comportamento (Cioffi & Holloway, 1993; Clark, Ball, & Pape, 1991; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987); (2) prediz resultados negativos em várias perturbações emocionais; (3) e complica a exposição (Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003). Em crianças e adolescentes, foi também verificado que tentativas para controlar ou evitar experiências internas predizem consequências físicas ou psicológicas adversas (Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003; Steiner, Erickson, Hernandez, & Pavelski, 2002).

6.3. O tratamento

Em consonância com o modelo, a redução dos sintomas não é um objectivo explícito da terapia, embora tenda a ser uma consequência de ter uma atitude de aceitação e de comprometimento com actividades congruentes com os valores intrínsecos. Desta forma, o que os doentes sentem, pensam ou experienciam de qualquer forma nunca é considerado o problema. O problema é a tendência para tomar estas experiências literalmente – fusão cognitiva – e a luta contra elas – evitamento experiencial (Hayes, 2004; Hayes *et al.*, 1999). Nesta sequência, os doentes são encorajados a abandonar o interesse pela verdade das suas cognições e a desenvolver um

interesse por viver a vida de acordo com os seus valores, sem terem primeiro que ganhar uma batalha à sua história pessoal (que, através da linguagem e das cognições, coloca no presente sentimentos passados) (Hayes, 2004). A ACT não tem como objectivo alterar a frequência ou conteúdo da experiência interna, mas alterar a **relação** que o indivíduo tem com a sua experiência interna, vendo pensamentos e sentimentos apenas como tal.

Assim, através de um conjunto de técnicas que não se baseiam num uso linear da linguagem – afinal, a linguagem é o processo básico da psicopatologia – (paradoxos, metáforas, histórias, exercícios, tarefas comportamentais), a ACT identifica as estratégias que o doente tem utilizado para tentar resolver o problema e confronta-o com a sua ineficácia, reenquadrando esta tentativa de **controlo** como o verdadeiro problema. Para conseguir uma **desfusão cognitiva**, a ACT utiliza uma série de estratégias para apagar as fortes relações verbais que estabelecem as funções do estímulo, tanto através de aprendizagem relacional, como através de exercícios de *mindfulness*. Estas estratégias visam ensinar o doente a olhar para os seus pensamentos e sentimentos apenas como pensamentos e sentimentos e não como um mundo real, desenvolvendo uma noção de “**Eu transcendente**” que apenas observa sem se identificar com o que está a acontecer internamente. O tratamento envolve um componente importante de **aceitação** da experiência interna, que envolve **exposição** às situações temidas, não como forma de regulação emocional, mas para experienciar activa e totalmente o presente, momento a momento. Ao mesmo tempo, esta exposição está associada a uma **vontade** de se **comprometer** com a remoção de evitamentos comportamentais e internos e de se envolver e persistir em situações que considera importantes, de acordo com os seus **valores pessoais** e objectivos de vida (Hayes *et al.*, 1999).

A ACT acentua que dúvidas, pensamentos de inadequação pessoal, memórias dolorosas de experiências passadas e medos de acontecimentos futuros não serão completamente apagados com o tratamento, mas que, em vez disso, o objectivo do tratamento é normalizar estas experiências humanas, reduzir a luta interna e mal-estar associado a tê-las e encorajar o doente a não levar a cabo comportamentos que visam alterar essas experiências, mas a envolver-se nas várias circunstâncias da sua vida com elas presentes.

A ACT tem demonstrado a sua eficácia num conjunto de estudos em diversas perturbações psicológicas (para uma revisão ver Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004).

Vários autores aplicaram o modelo e estratégias terapêuticas acima descrito para desenvolverem e aplicarem protocolos terapêuticos a indivíduos com **fobia social**, sendo que esses protocolos variavam no número de sessões, na aplicação individual ou em grupo (Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006) e em alguns componentes envolvidos (e.g., presença ou não de treino de aptidões sociais) (Block & Wulfert, 2000; Dalrymple & Herbert, 2007; Ossman *et al.*, 2006). Os resultados são encorajadores, revelando que a ACT é, pelo menos, tão eficaz quanto a terapia cognitiva clássica (CBGT) (Block & Wulfert, 2000).

A aplicação da ACT com crianças e adolescentes está ainda no seu começo, embora tenham surgido já algumas investigações nesses sentido (consultar Murrell, Coyne & Wilson,

2004 e Greco, Blackledge, Coyne & Ehrenreich, 2005). Não temos, no entanto, conhecimento de nenhum estudo aplicando ACT a crianças ou adolescentes com fobia social.

Síntese

Abordamos neste capítulo vários modelos que tentam alcançar uma compreensão da fobia social e nos quais se baseiam os actuais programas terapêuticos para o tratamento da fobia social em crianças e adolescentes. Começamos pelos modelos mais antigos – modelos de condicionamento e de aprendizagem social, e modelo de défice de aptidões sociais. Os primeiros referem-se à aquisição da fobia social, ou depois de um acontecimento traumático, ou através da observação de medos sociais expressos por terceiros, sendo depois a fobia mantida pelo evitamento das situações sociais. O segundo defende que a ansiedade social se deve a um défice de aptidões sociais e que este deve ser debelado através do treino dessas aptidões. Qualquer um destes modelos levanta dúvidas relativamente aos seus pressupostos e, no melhor dos casos, não explica ou não se aplica à maioria dos casos de fobia social.

Entramos depois na descrição dos modelos cognitivos, iniciando com o modelo de Beck e colaboradores. Embora nenhum programa terapêutico para crianças e adolescentes com fobia social se baseie especificamente neste modelo, os modelos cognitivos que se seguiram e as técnicas cognitivas que utilizam são largamente baseados nele. O modelo de Beck tem como conceitos fundamentais os conceitos de esquema e modo, defendendo que a activação de um modo de perigo em situações sociais seria responsável por colocar em movimento um programa de ansiedade para lidar com a ameaça. Este programa inclui componentes cognitivos, emocionais, fisiológicos e comportamentais, que estariam envolvidos na manutenção das dificuldades.

O modelo de Clark e Wells foi descrito em pormenor, por se tratar da base conceptual e da estrutura terapêutica mais adoptada na construção do protocolo de tratamento que visamos estudar. Fazendo uma síntese de vários modelos, um dos aspectos fundamentais do modelo de Clark e Wells é o processamento do eu como objecto social. Neste, o individuo constrói uma impressão de si pela perspectiva do observador, baseado em informação interoceptiva que resulta da atenção auto-focada, e assume ser essa a imagem que os outros têm de si. Para lidar com a ameaça que antecipa leva a cabo comportamentos de segurança, os quais impedem a desconfirmação dos seus receios, mantêm o auto-focus, provocam os sintomas receados, contaminam a situação social e prejudicam o desempenho. A este processamento situacional acresce um processamento antecipatório e pós-situacional que contribui para a manutenção das dificuldades. O tratamento visa abordar cada um destes aspectos, tendo como objectivo a modificação das auto-avaliações e crenças disfuncionais.

O modelo de Rapee e Heimberg difere do anterior, ao considerar que o processo de construir uma representação mental de si, compará-la com o que pensam ser as expectativas da “audiência” e concluir que não vai corresponder a essas expectativas, originando ansiedade, pode acontecer antes, durante e depois da situações social.

Finalmente, a Terapia de Aceitação e Compromisso apresenta um modelo aplicado à fobia social, baseado nos conceitos de fusão cognitiva e evitamento experiencial, inseridos num ciclo vicioso que interfere com a qualidade de vida do indivíduo. A intervenção baseada neste modelo assenta na

aceitação da experiência interna e não visa a redução da sintomatologia, mas o comprometimento com valores importantes e a prossecução no sentido de viver de acordo com eles.

Depois de abordados os principais modelos de conceptualização da fobia social, e tendo sido nosso objectivo a construção de um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social, torna-se imprescindível apresentar e descrever os principais programas de tratamento actualmente existentes e baseados nos modelos apresentados anteriormente. Será esse o objectivo do próximo capítulo.

CAPÍTULO

3

Capítulo 3

Tratamentos cognitivo-comportamentais da fobia social na infância e adolescência

Inicialmente, a maioria das investigações descreviam o tratamento de crianças tímidas, isoladas socialmente ou com evitamento social (Jupp & Griffiths, 1990; Sheridan, Kratochwill, & Elliott, 1990). Alguns anos depois, começaram a surgir estudos promissores que estudavam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental nas perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes e que incluíam participantes com fobia social (Barrett, 1998; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall, 1994; Kendall *et al.*, 1997; Manassis *et al.*, 2002; Rapee, 2000; Shortt, Barrett, & Fox, 2001; Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Lumpkin *et al.*, 1999; Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Rabian *et al.*, 1999). Hoje em dia, assistimos à realização de múltiplos estudos de tratamentos psicológicos que diagnosticam cuidadosamente e são especificamente dirigidos a crianças e adolescentes com fobia social.

Ao longo do próximo capítulo, abordaremos os programas mais frequentemente utilizados e estudados no tratamento da fobia social em crianças e adolescentes. Começaremos por programas destinados a crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade (incluindo a fobia social), para depois passarmos aos programas específicos para a fobia social, aos quais daremos uma ênfase particular.

No final, abordaremos ainda alguns estudos de tratamento da fobia social em crianças e adolescentes que, embora não utilizem nenhum dos programas descritos, nos parecem dignos de nota.

1. Programas terapêuticos cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade

Como referimos anteriormente, iniciamos esta secção com a descrição dos tratamentos para perturbações de ansiedade na infância e adolescência. Abordaremos primeiro programas individuais e prosseguiremos com a descrição de programas grupais.

1.1. Intervenções individuais

1.1.1. Coping Cat

1.1.1.1 *Coping Cat* - Descrição geral

O tratamento individual para perturbações de ansiedade mais estudado é, sem dúvida, o programa *Coping Cat*, de Kendall e colaboradores (Kendall, 1992; Kendall, Aschenbrand, & Hudson, 2003; Kendall *et al.*, 1992). Este programa, que tem também uma versão para adolescentes designada *C.A.T. Project* (Kendall, Choudhury, Hudson, & Webb, 2002a, 2002b), consiste num manual de tratamento para orientar o terapeuta e num *workbook* para uso de cada criança. As estratégias terapêuticas que integram este programa são consistentes com uma conceptualização multicomponente da ansiedade, considerando aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Ao longo do programa, que consiste em 16 a 18 sessões individuais, a criança aprende a identificar **sintomas fisiológicos** e a empregar **estratégias para os diminuir**, a identificar **pensamentos automáticos negativos** e a considerar **explicações alternativas** para as situações, a enfrentar e não evitar situações ansiógenas, através da **exposição gradual** e **aprendizagem de comportamentos** alternativos. Ao longo do tratamento, o terapeuta serve de modelo das aptidões e conceitos que são introduzidos. Os *role plays* e as tarefas de exposição fornecem oportunidades para praticar as competências aprendidas.

O tratamento está dividido em dois segmentos. As primeiras oito sessões focam-se no **treino de competências**, enquanto as últimas oito se centram na **prática dessas competências**. Na primeira parte, é construído o Plano FEAR, sendo que cada letra representa um dos passos desse plano: F – *Feeling frightened?* – a criança aprende a reconhecer sinais fisiológicos típicos da resposta ansiosa e a empregar estratégias de relaxamento e de controlo de respiração para lidar com eles; E – *Expecting bad things to happen?* – a criança aprende a identificar pensamentos que traduzem expectativas negativas acerca das situações e a empregar estratégias cognitivas para modificar o diálogo interno; A – *Attitudes and Actions that can help* – a criança aprende estratégias de resolução de problemas; R – *Results and Rewards* – a criança é ensinada a auto-reforçar-se por resultados ainda que parciais e é também reforçada pelo terapeuta. A segunda parte do programa é dedicada à aplicação e prática do plano FEAR, com exposições graduais em imaginação e ao vivo.

Embora não integre um componente de terapia familiar, o programa envolve os **pais**, enquanto consultores e colaboradores. O terapeuta encontra-se com os pais na sessão 4 e 9, para manter a sua colaboração e suporte no plano de tratamento. Reconhecendo o papel que os pais desempenham no desenvolvimento, manutenção e sucesso da tratamento das crianças, Kendall e colaboradores desenvolveram um programa *Coping Cat* para a família, que inclui, para além do componente individual, um componente de envolvimento parental (Howard, Chu, Krain, Marrs-Garcia, & Kendall, 2000, in Kendall, Aschenbrand, & Hudson, 2003).

1.1.1.2 *Coping Cat* - Estudos de eficácia

A primeira investigação clínica com amostra aleatorizada que utilizou um programa cognitivo-comportamental com crianças ansiosas foi realizado por Kendall (1994), recorrendo ao programa *Coping Cat* (Kendall *et al.*, 1992). O programa de 16 sessões foi aplicado a 47 crian-

ças entre os 9 e os 13 anos, apresentando várias perturbações de ansiedade. Destas 47 crianças, 9 apresentavam um diagnóstico de perturbação evitante¹. No final do tratamento, 64% das crianças não apresentavam critérios de diagnóstico, resultados que foram mantidos no *follow-up* de um ano. Apenas 5% das crianças do grupo de lista de espera remitiu dos sintomas. Os ganhos foram mantidos no *follow-up* de 3 anos (Kendall & Southam-Gerow, 1996). Um estudo posterior com uma população semelhante (em que 17 das 94 crianças do estudo foram diagnosticadas com fobia social) demonstrou também ganhos significativos com o mesmo programa (Kendall *et al.*, 1997).

Barrett e colaboradores (1996) utilizaram uma adaptação do *Coping Cat* (Kendall *et al.*, 1992) para crianças australianas, a que chamaram *Coping Koala*, para realizar um estudo semelhante ao anterior. No entanto, para além de um grupo de crianças com perturbações de ansiedade, ao qual foi aplicado o programa individual anterior, e de um grupo de lista de espera, foi incluído um segundo grupo de tratamento que recebeu o programa individual e um módulo de tratamento familiar, em que a criança e os pais eram envolvidos em sessões que incluíam treino de manejo contingente, estratégias pessoais para lidar com a ansiedade, resolução de problemas e competências de comunicação. De referir que das 79 crianças que entraram no estudo, 19 apresentavam um diagnóstico de fobia social. A seguir ao tratamento, 57.1% das crianças no grupo de tratamento individual e 84% das crianças do grupo de tratamento individual com envolvimento familiar apresentaram melhorias clinicamente significativas (ausência de diagnóstico), o que representa uma diferença significativa entre os dois grupos. Apenas 26% das crianças do grupo de lista de espera apresentaram idênticas melhorias. No *follow-up* de um ano, estes números aumentaram para 70.3% e 95.6%, respectivamente, para o grupo que recebeu tratamento individual e para o grupo que recebeu terapia individual acrescida de terapia familiar. No *follow-up* de 6 anos, 85% de todos os que receberam tratamento continuavam sem preencher critérios para qualquer perturbação de ansiedade (Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001). Ao fim deste tempo, não se verificavam diferenças de eficácia entre os dois grupos de tratamento. Outros estudos têm também comprovado a eficácia destas abordagens (Dadds *et al.*, 1999; Dadds, Spence, Holland, Barrett, & Laurens, 1997).

Tanto Barrett e colaboradores (Barrett *et al.*, 1996; Barrett *et al.*, 2001) como Kendall e colaboradores (1997) realizaram análises para examinar resultados diferenciais por diagnóstico. Os resultados mostraram que as intervenções realizadas foram eficazes para a fobia social. No primeiro estudo, 61,5% e 76,9% das crianças com fobia não apresentava critérios de diagnóstico, respectivamente, no pós-tratamento e no *follow-up* de um ano. No seguimento de 6 anos (Barrett *et al.*, 2001), 90% das crianças que apresentavam fobia social tinham remitido.

1.2. Intervenções em grupo

1.2.1. *Coping Cat*, *Coping Koala* e *Cool Kids*

1.2.1.1. *Coping Cat*, *Coping Koala* e *Cool Kids* - Descrição geral

Os programas *Coping Cat* e *Coping Koala* foram já descritos numa das secções anteriores.

¹ De acordo com a classificação da DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

O programa em formato de **grupo** é muito semelhante ao utilizado individualmente. Uma vez que o programa *Cool Kids* é uma adaptação dos anteriores, optámos por apenas referir a informação que difere nos dois programas de base e incluir os três programas na mesma secção (o mesmo acontecendo na apresentação dos estudos de eficácia, na secção que se segue).

Como acabámos de referir, o programa *Cool Kids* (Rapee, Wignall, Hudson, & Schniering, 2000) é um programa desenvolvido a partir dos programas *Coping Cat* (Kendall, 1992) e *Coping Koala* (Barrett *et al.*, 1996). Trata-se de um programa para ser utilizado com **famílias** e em formato **grup**al (embora possa adaptar-se, para ser aplicado individualmente a cada família), adequado para crianças e adolescentes entre os 7 e os 16 anos. Consiste em 10 sessões de 2 horas cada, ao longo de 16 semanas. As primeiras sete sessões têm uma regularidade semanal, enquanto que as restantes 3 são mais afastadas no tempo, para dar às famílias oportunidade de praticar as competências aprendidas e ir reduzindo o contacto com o terapeuta. Cada sessão inicia-se com 10 a 15 minutos com toda a família para rever a semana anterior, seguindo-se 40 a 60 minutos apenas com as crianças, outros 40 a 60 minutos só com os pais e 10 a 25 minutos no final, novamente com toda a família, para rever a sessão e realizar algumas tarefas. Na altura dos dois *follow-up*, são realizadas sessões para rever o programa e funcionar como “sessões de reforço” dos ganhos (*booster sessions*). Os componentes específicos do *Cool Kids* são muito semelhantes aos dos programas que lhe serviram de base, incluindo **psicoeducação**, **reestruturação cognitiva**, **exposição gradual** e **manejo contingente**. Existem, ainda, módulos opcionais de **treino de aptidões sociais** e de **assertividade** que podem ser utilizados consoante as necessidades individuais dos participantes.

1.2.1.2. *Coping Cat*, *Coping Koala* e *Cool Kids* - Estudos de eficácia

Barrett (1998) levou a cabo o primeiro tratamento em grupo para crianças com perturbações de ansiedade, com uma investigação para comparar a eficácia do *Coping Koala* em formato grupal, com o mesmo programa incluindo envolvimento dos pais e utilizando também um grupo de controlo de lista de espera. A amostra era constituída por 60 crianças dos 7 aos 14 anos, em que apenas 4 tinham um diagnóstico de fobia social. Ambos os tratamentos mostraram resultados superiores à lista de espera, tanto no pós-tratamento, como no *follow-up*. As diferenças entre os dois grupos de tratamento não foram significativas (no pós-tratamento, 55,9% de crianças manifestavam ausência de diagnóstico no grupo sem envolvimento parental, 70,7% no grupo com envolvimento parental e apenas 25,2% no grupo de lista de espera). Os dados mantiveram-se no *follow-up* de 12 meses (Barrett, 1998). Muris e colaboradores (2002) examinaram a eficácia do *Coping Koala* em grupo, utilizando como controlo um grupo a quem foi fornecido um tratamento placebo (*emotional disclosure*), e um grupo de lista de espera. Os resultados demonstraram que o grupo que recebeu o tratamento cognitivo-comportamental obteve reduções significativas nos sintomas de ansiedade e depressão, o mesmo não acontecendo com os outros dois grupos.

Silverman e colaboradores (1999) compararam os resultados de um formato grupal do *Coping Cat* com envolvimento parental, com os resultados de um grupo de lista de espera. Utilizaram uma amostra de 56 crianças com perturbações de ansiedade, das quais 15 preen-

chiam critérios para fobia social. No pós-tratamento, 64% das crianças no grupo de tratamento não preenchiam já critérios de diagnóstico para a perturbação de ansiedade primária, enquanto o mesmo acontecia em apenas 12.5% das crianças do grupo de lista de espera, resultados estes que se mantinham aos 3, 6 e 12 meses de *follow-up*. Também para estudar a eficácia do *Coping Cat*, Flannery-Schroeder e Kendall (2000) compararam um grupo de tratamento individual, com um grupo de tratamento grupal e um grupo de lista de espera. No pós-tratamento, 73% das crianças do tratamento individual e 50% das crianças do tratamento grupal não apresentavam já critérios de diagnóstico para a perturbação de ansiedade primária que apresentavam no pré-tratamento, resultados estatisticamente significativos quando comparados com os resultados obtidos no grupo de lista de espera (8%), embora os dois grupos de tratamento não manifestem diferenças significativas entre si. Estes resultados mantiveram-se no *follow-up* de 3 e 12 meses (Flannery-Schroeder, Choudhury, & Kendall, 2005). De salientar que em 37 crianças que constituíam a amostra, apenas 5 apresentavam um diagnóstico de fobia social.

Utilizando uma versão do *Coping Cat* (o *Coping Bear*), Manassis e colaboradores (2002) compararam a eficácia de um formato grupal e um formato individual com envolvimento dos pais. A amostra era constituída por 78 crianças com perturbações de ansiedade, 5 das quais com fobia social. Os autores relataram diminuições na ansiedade e aumento do funcionamento global, ganhos que foram mantidos no *follow-up* de um ano. Não se verificaram diferenças significativas na eficácia das duas modalidades de tratamento.

Rapee (2000) conduziu um tratamento em grupo com 95 crianças dos 7 aos 16 com perturbações de ansiedade, das quais 26 apresentavam um diagnóstico de fobia social. O *Cool Kids* incluía apenas 9 sessões num formato de grupo, com cerca de 5 a 6 famílias por grupo. Os resultados mostraram que as crianças do grupo de tratamento obtiveram melhorias significativamente maiores do que as crianças do grupo de lista de espera, tendo ainda continuado a melhorar ao longo do *follow-up* de 12 meses. Examinando resultados diferenciais por diagnóstico, verificou-se uma tendência para as crianças com fobia social e ansiedade generalizada responderem menos bem ao tratamento do que crianças com ansiedade de separação, mas esta diferença não era já evidente no *follow-up* de um ano.

1.2.2. O Programa FRIENDS

1.2.2.1. FRIENDS - Descrição geral

O FRIENDS (Barrett, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b; Barrett, Lowry-Webster, & Turner, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d, 2000e, 2000f) é um programa cognitivo-comportamental para ser aplicado em **grupo**, como programa de prevenção (fazendo parte de um currículo escolar e aplicado a todas as crianças da classe) ou como programa terapêutico para crianças com perturbações de ansiedade e suas famílias. O programa foi elaborado a partir da aplicação do *Coping Koala* e com base em *feedback* de pais e crianças.

O FRIENDS consiste em 10 sessões semanais (com uma duração entre 60 a 70 minutos) e 2 sessões de *follow-up* 1 e 3 meses, depois de terminadas as 10 sessões iniciais. Dispõe de um manual para orientar o líder do grupo na implementação das sessões, de um *workbook* para ca-

da criança e de uma brochura para os pais com informação detalhada das estratégias discutidas nas sessões. Para além das sessões com as crianças, incorpora, também, um componente de estratégias para a **família**, cujo conteúdo é coerente com o que é trabalhado nas sessões com as crianças. Estas sessões com as famílias devem decorrer em 4 sessões grupais de 90 minutos ou 10 sessões de 40 minutos. O conteúdo destas sessões com os pais visa ensiná-los a: (1) reconhecer e lidar com a sua própria ansiedade; (2) utilizar técnicas de manejo contingente, nomeadamente, reforço positivo e extinção; (3) utilizar estratégias cognitivas para desafiar pensamentos disfuncionais; (4) encorajar o desenvolvimento de uma rede de suporte entre os pais das diferentes crianças. O nome do programa é um acrónimo para as estratégias ensinadas. Nas primeiras versões do FRIENDS (Barrett *et al.*, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d, 2000e, 2000f), as respectivas iniciais representavam: F – *Feeling worried?* – as crianças aprendem a identificar sinais fisiológicos e comportamentais de ansiedade; R – *Relax and feel good* – são ensinadas estratégias de relaxamento ou recomendadas outras estratégias para lidar com sintomas negativos; I – *Inner thoughts* – inclui as estratégias cognitivas do programa - identificar e desafiar pensamentos negativos; E – *Explore plans* – as crianças aprendem estratégias de resolução de problemas; N – *Nice work so reward yourself* – as crianças são ensinadas a auto-reforçar-se pelo seu esforço; D – *Don't forget to practice* – lembra as crianças de que devem praticar regularmente as estratégias aprendidas; S – *Stay calm, you know how to cope now* – lembra as crianças que, uma vez que já sabem lidar com as preocupações, podem agora manter a calma;

Para além dos componentes habituais deste tipo de programas, os autores referem alguns aspectos que consideram únicos do FRIENDS: (1) reconhecendo **necessidades desenvolvimentais** diferentes de crianças e adolescentes, o FRIENDS dispõe de uma versão para crianças (dos 6 aos 11) e uma para adolescentes (dos 12 aos 16); (2) incorpora, como já dissemos, um componente de estratégias para a **família**; (3) enfatiza o suporte e a aprendizagem entre os pares; (4) inclui **treino atencional** para as crianças e encoraja-as a fazer atribuições internas dos seus sucessos.

O programa FRIENDS tem vindo a sofrer algumas modificações tanto no nome dos passos a que correspondem as iniciais (F-*Feelings*; R – *Remember to relax - have a quiet time*; I – *Inner helpful thoughts (I can do it! I can try my best)*; E – *Explore solutions and Coping Step Plans*; N – *Now reward yourself! You've done your best*; D – *Don't forget to practice*; S – *Smile! Stay calm for life*) como nos conteúdos (e.g., introdução de exercícios de *mindfulness*) (Barrett, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b).

1.2.2.2. FRIENDS - Estudos de eficácia

Os resultados de vários estudos têm fornecido suporte para a eficácia do FRIENDS em *settings* controlados (Shortt *et al.*, 2001) e em crianças com perturbações ansiosas, de clínicas da comunidade (Farrell & Barrett, 2005). O estudo de Shortt e colaboradores (2001), efectuado com 71 crianças entre os 6 e os 10 anos (10 das quais com fobia social), revelou que 68% das crianças do grupo de tratamento FRIENDS não apresentava qualquer diagnóstico no pós-tratamento, comparativamente a 6% do grupo de lista de espera. No pós-tratamento, apenas 2 das 10 crianças que inicialmente apresentavam fobia social mantiveram o diagnóstico. Farrel e

Barrett (2005), num estudo utilizando o FRIENDS com 18 crianças e adolescentes entre os 8 e os 17 anos que recorreram a uma clínica (em que 4 apresentavam fobia social), relatam uma eficácia de 73% de remissão de diagnóstico no pós-tratamento,

O FRIENDS tem mostrado a sua eficácia como programa de prevenção para crianças em idade escolar na redução de sintomas de ansiedade e depressão (Barrett, Lock, & Farrell, 2005; Lowry-Webster, Barret, & Dadds, 2001). Infelizmente, o número de crianças com fobia social é sempre bastante reduzido.

Embora os estudos apresentados nas duas secções anteriores difiram no formato de tratamento (individual ou em grupo), no número de sessões, no leque de idades dos participantes, no número de crianças com fobia social que incluíam e no grau de envolvimento dos pais, todos os estudos reportaram resultados positivos que suportam o uso de intervenções cognitivo-comportamentais nas perturbações de ansiedade, incluindo a perturbação de ansiedade social. No entanto, estes estudos utilizaram amostras que incluíam vários diagnósticos e em que apenas uma pequena fracção dos participantes apresentava fobia social. Como não foram conduzidas análises separadas para cada grupo de diagnóstico, o grau em que os resultados destes estudos podem ser generalizados à intervenção na fobia social é difícil de estabelecer (Beidel, Turner, & Morris, 2000; Kashdan & Herbert, 2001).

2. Programas terapêuticos cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes com perturbação de ansiedade social/fobia social

O reconhecimento da frequência e gravidade, a curto e longo prazo, da fobia social na infância e adolescência conduziu ao desenvolvimento de alguns programas terapêuticos desenhados para o tratamento específico desta perturbação na população mais jovem.

Descrevemos, em seguida, em pormenor os cinco principais protocolos terapêuticos de que temos conhecimento e que apresentam estudos de eficácia. Para cada protocolo, abordaremos primeiro alguns aspectos introdutórios, faremos depois uma descrição geral, seguida de uma descrição pormenorizada do conteúdo das sessões terapêuticas, finalizando com a apresentação dos dados dos estudos de eficácia.

2.1. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes – CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (Albano & DiBartolo, 2007; Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995)

2.1.1. CBGT-A - Descrição geral

A Terapia Cognitivo-Comportamental para Adolescentes (Albano, Marten *et al.*, 1995) foi o primeiro protocolo de tratamento especificamente desenhado para a população mais jovem com fobia social. É um tratamento adaptado, em termos de desenvolvimento, para a população adolescente, baseado no tratamento cognitivo-comportamental em grupo (CBGT) para adultos com fobia social de Heimberg e colaboradores (Heimberg & Becker, 2002; Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985; Hope, Heimberg, & Turk, 2006). Este protocolo baseia-se no pressuposto de que as expectativas negativas e a activação fisiológica contribuem pa-

ra um desempenho social disfuncional e para o evitamento das situações sociais (Heimberg & Barlow, 1991). Por este motivo, o aspecto principal da CBGT-A é a **reestruturação cognitiva** associada à **exposição**, com o objectivo de desafiar os pensamentos “irracionais”. Inclui, ainda treino de aptidões sociais e de resolução de problemas.

A fase de **psicoeducação** acerca da ansiedade e a fase da exposição são retiradas quase directamente do programa de Heimberg e colaboradores, embora adaptados com informação relevante para esta idade. Outros aspectos são modificados para também melhor se adequarem às características desta fase desenvolvimental. Uma das diferenças é que, diferindo do programa para adultos que não inclui outras pessoas significativas, o CBGT-A convida os **pais** a participarem em quatro sessões – duas no início do tratamento aquando da psicoeducação, uma a meio da terapia para rever aptidões e uma mais tarde para prevenção da recaída. Um outro aspecto distinto na CBGT-A é ter acrescentado módulos de **treino de aptidões sociais** e de **resolução de problemas** ao programa original, o que levou a que também o número de sessões fosse alterado de 12 na CBGT para 16 na CBGT-A, dando oportunidade de se fazer o treino de aptidões e de os participantes efectuarem um número suficiente de exposições (Albano, Marten *et al.*, 1995). Este tratamento tem vindo a ser expandido e refinado (Albano & DiBartolo, 2007), resultando na descrição que a seguir efectuamos.

Assim construída, a CBGT-A (Albano & DiBartolo, 2007; Albano, Marten *et al.*, 1995) inclui 16 sessões grupais (que podem estender-se até 20) de 90 minutos cada, que incluem psicoeducação, reestruturação cognitiva, treino de aptidões sociais, treino de resolução de problemas e exposição comportamental.

As quatro primeiras sessões são realizadas nas primeiras 2 semanas (duas sessões por semana), tendo as restantes uma periodicidade semanal. As sessões são divididas em duas fases, de oito sessões cada.

Na primeira fase e primeiras oito sessões, decorre a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino de aptidões sociais e o que os autores chamam “*snack time*”. Este último componente envolve exposições baseadas em comer em frente a outras pessoas, sendo também um momento em que o terapeuta partilha situações socialmente embaraçosas, em que se faz treino de relaxamento, se modelam interações sociais e aptidões de resolução de problemas e se fornece *feedback*. Na segunda fase (sessões 9 a 16), e com base numa hierarquia individual de cada adolescente, é realizada exposição dentro da sessão às situações sociais receadas (e fora da sessão, como trabalho de casa), de forma a permitir que os adolescentes ponham em prática as competências adquiridas na primeira parte do tratamento, desafiem os pensamentos automáticos negativos e obtenham informação desconfirmatória. Estas exposições duram cerca de 10 minutos, após os quais os terapeutas e os outros membros do grupo discutem os aspectos positivos e negativos da interacção desenvolvida na exposição. Sendo um tratamento cognitivamente orientado, a CBGT-A enfatiza particularmente os aspectos de reestruturação cognitiva e exposição para desafiar os pensamentos “irracionais”. Com o objectivo de facilitar a generalização e manutenção dos ganhos terapêuticos, são prescritos sistematicamente trabalhos de casa no final das sessões, existindo também um *workbook* com informação e exercícios. Estes

trabalhos de casa são relevantes para cada adolescente, resultando da sua hierarquia de situações que pretende resolver. As duas últimas sessões focam-se na prevenção de recaída. De acordo com este objectivo, são revistas competências aprendidas e planos para lidar com dificuldade futuras, encorajando-se os adolescentes a continuarem as suas próprias exposições ao longo do tempo.

Como mencionámos, os pais são envolvidos em quatro sessões (sessão 1, 2, 8 e 15). Este envolvimento visa fornecer informação acerca da perturbação de ansiedade social (sessão 1 e 2) e encorajar os pais a ajudar os filhos a aplicar as competências aprendidas (sessão 8) e depois de o tratamento terminar (sessão 15).

Abaixo descrevemos este programa pormenorizadamente.

2.1.2. CBGT-A – Conteúdo das sessões (Albano, 1995; Albano, Dibartolo, Heimberg, & Barlow, 1995)

Fase 1: Educação e Treino de Competências

Sessão 1 (pais também participam)

Apresentação dos elementos do grupo

Discussão das regras gerais para o funcionamento do grupo

Descrição, por parte dos adolescentes e dos pais, de situações que despertam ansiedade

Introdução do modelo cognitivo-comportamental da fobia social

Snack Time: terapeuta partilha informação acerca de si próprio

Apresentação geral do programa e do seu racional

Revisão de registos de monitorização

Apresentação dos trabalhos de casa: auto-monitorização e estabelecimento de objectivos de tratamento

Sessão 2 (pais também participam)

Revisão dos trabalhos de casa

Descrição dos três componentes da ansiedade

Dissecação de uma situação social nos três componentes

Snack Time: terapeuta partilha uma situação embaraçosa

Discussão das expectativas para o tratamento

Discussão da necessidade de examinar as situações-problema individuais com o modelo dos três componentes, encorajando o “trabalho de detective”

Apresentação dos trabalhos de casa: auto-monitorização e estabelecimento de objectivos de vida

Sessão 3

Revisão dos trabalhos de casa e da última sessão

Rotular das distorções cognitivas: introdução aos pensamentos automáticos negativos (PANs)

Identificação de PANs típicos de algumas situações de ansiedade social

Snack Time: relaxamento e imaginação guiada

Desenvolvimento de respostas racionais para contrapor os PANs

Revisão da sessão

Apresentação dos trabalhos de casa: auto-monitorização de PANs

Sessão 4

Revisão dos trabalhos de casa e da última sessão

Introdução dos quatro passos para a reestruturação cognitiva

Roleplay do terapeuta para ilustrar a reestruturação cognitiva

Snack Time: o terapeuta lida com um problema (introdução do treino de resolução de problemas)

Apresentação do treino de resolução de problemas

Revisão da sessão

Apresentação dos trabalhos de casa: auto-monitorização, reestruturação cognitiva e resolução de problemas

Sessão 5

Revisão dos trabalhos de casa e da última sessão

Modelamento pelo terapeuta de aptidões sociais *versus* comportamentos socialmente desadequados

Realização de treino de aptidões sociais I: identificação de comportamentos sociais que impedem interações bem sucedidas e utilização do modelo de cinco passos do treino de aptidões sociais para os abordar

Snack Time: leitura em voz alta e modelagem para lidar com erros de leitura

Realização de treino de aptidões sociais II: introdução ao treino de comportamentos assertivos

Revisão da sessão

Apresentação dos trabalhos de casa; auto-monitorização, treino de aptidões sociais, preparação de um parágrafo para ler em voz alta no próximo *snack time*.

Sessão 6

Revisão dos trabalhos de casa e da sessão anterior

Realização de treino de aptidões sociais III: revisão e ênfase no colocar-se na perspectiva do outro

Realização de um *roleplay*: conversa na cantina da escola

Snack Time: Ler em voz alta os parágrafos preparados

Realização de treino de aptidões sociais IV: assertividade

Revisão da sessão

Apresentação dos trabalhos de casa: auto-monitorização e prática de aptidões de assertividade

Sessão 7

Revisão dos trabalhos de casa

Revisão das aptidões aprendidas até ao momento: reestruturação cognitiva, resolução de problemas, aptidões sociais

Apresentação do racional do tratamento: exposição dentro da sessão e ao vivo como trabalho de casa

Avaliação das expectativas

Snack Time: exercício de interação em grupo

Discussão do que fazer com os pais para obter suporte e ser compreendido

Apresentação dos trabalhos de casa: auto-monitorização e revisão das competências aprendidas

Sessão 8 (pais também participam)

Revisão dos trabalhos de casa

Revisão das expectativas

Apresentação do racional do tratamento: exposições na sessão e entre sessões como trabalho de casa

Snack Time: socialização informal

Realização de um *roleplay*: adolescentes e pais trocam de papéis para troca de perspectivas

Discussão de como os pais poderão apoiar os adolescentes nas exposições

Apresentação dos trabalhos de casa: auto-monitorização

Fase 2: Exposição comportamental

Sessões 9 a 14

Revisão dos trabalhos de casa

Realização de exposições na sessão

Snack Time: mini-exposições a situações, como dar elogios, fazer uma crítica, etc

Realização de exposições na sessão

Apresentação dos trabalhos de casa: exposição de acordo com os itens da hierarquia

Sessão 15 (ou a penúltima, se se efectuarem mais de 16 sessões) (pais também participam)

Revisão das auto-monitorizações e das exposições como trabalho de casa

Exposições: cada elemento do grupo realiza uma exposição, enquanto os pais observam

Snack Time: socialização informal

Discussão de expectativas e planos futuros: prevenção de recaídas

Apresentação dos trabalhos de casa: exposição

Sessão 16 (ou a última, se forem efectuadas mais de 16 sessões)

Revisão dos trabalhos de casa

Realização das últimas exposições e prevenção de recaída

Snack Time: festa da *pizza*

Realização de prevenção de recaída e términos do programa

Albano e Hayward (2004) fazem algumas recomendações para o tratamento de jovens como fobia social, consoante a gravidade dos sintomas. Para adolescentes com sintomas leves de ansiedade social e com pouca interferência no funcionamento quotidiano, recomendam psi-

coeducação e *follow-up* aos 6 meses. Para adolescentes com sintomas moderados de ansiedade social que causem já alguma interferência na vida diária, recomendam o tratamento cognitivo-comportamental focado apenas nos adolescentes. Para jovens com sintomas graves de fobia social e bastante interferência funcional, recomendam terapia cognitivo-comportamental focada nos adolescentes, medicação e outros tratamentos adjuntos, como sejam procedimentos focados nos pais. Finalmente, para adolescentes com sintomas extremos de fobia social e elevados níveis de interferência no funcionamento do dia-a-dia, recomendam terapia cognitivo-comportamental, medicação e tratamentos adicionais por um período de tempo mais alargado (Albano & Hayward, 2004).

2.1.3. CBGT-A – Estudos de eficácia

Albano e colaboradores (1995) apresentaram os resultados de um estudo piloto sem grupo de controlo, utilizando a CBGT-A com cinco adolescentes (entre os 13 e os 16 anos) com diagnóstico de fobia social. No *follow-up* de 3 meses, realizado por avaliadores independentes, apenas um dos cinco adolescentes mantinha o diagnóstico de fobia social, com os outros quatro a identificarem algumas preocupações sociais que os autores consideraram subclínicas. Na avaliação 12 meses depois, nenhum adolescente mantinha o diagnóstico de fobia social e apenas um mantinha um diagnóstico subclínico de fobia social em remissão parcial. Os sujeitos demonstraram, ainda, decréscimos significativos nos níveis de ansiedade e depressão, o mesmo acontecendo para os níveis de ansiedade durante a tarefa de avaliação comportamental. Embora a activação fisiológica tenha permanecido relativamente constante durante esta tarefa, tanto no pré como no pós-teste (a frequência cardíaca era medida automaticamente), a experiência subjectiva dos sujeitos mudou, em conjunto com o seu diálogo interno. Verificaram-se, também, remissões da maior parte das condições comórbidas diagnosticadas no pré-tratamento, embora a CBGT-A não as tenha abordado directamente.

Não obstante estes resultados parecerem promissores, Hayward e colaboradores (2000), num pequeno estudo com raparigas adolescentes e sem envolvimento dos pais, encontrou resultados modestos para a CBGT-A, quando comparada com um grupo controlo de lista de espera. Efectivamente, na avaliação pós-tratamento, a interferência da sintomatologia relacionada com medos sociais (medida pela ADIS-IV-C/P) diminuiu significativamente, quando comparada com o grupo controlo, o mesmo tendo acontecido com sintomas de ansiedade social avaliados pelo SPAI (Turner, Stanley, Beidel, & Bond, 1989). Para além disso, 45% do sujeitos do grupo de tratamento não apresentavam critérios de diagnóstico de fobia social, comparados com 5% do grupo de controlo. Análises adicionais revelaram, ainda, que a CBGT-A resultava numa redução dos sintomas depressivos. No entanto, ainda que diminuídos, os sintomas de ansiedade estavam ainda dentro do intervalo clínico e, ao fim de um ano, não havia diferenças significativas entre os grupos, quer na frequência do diagnóstico de fobia social quer nos resultados do SPAI, uma vez que se verificaram melhorias nos sintomas dos adolescentes do grupo de controlo, ao longo do tempo. Quando os autores combinaram os resultados de tratamento, tanto em termos de fobia social como de depressão, verificaram que no *follow-up* de 12 meses os resultados positivos se mantinham no grupo de tratamento, quer tivessem tido

ou não história de perturbação depressiva major, enquanto que apenas os adolescentes do grupo de controlo sem história de perturbação depressiva major apresentavam melhorias significativas. Os autores sugerem que estes resultados podem apontar para um efeito não-específico da CBGT-A em vulnerabilidades comórbidas. Como possíveis explicações para os resultados menos robustos deste estudo, os autores apontam a não existência de envolvimento dos pais e o facto de os grupos serem constituídos só por raparigas, não permitindo a possibilidade de trabalhar directamente a ansiedade heterossocial.

Em 2007, Albano e DiBartolo referem ainda um estudo clínico com amostras aleatorizadas levado a cabo pela sua equipa, mas não publicado, que visou avaliar se incluir os pais no tratamento melhorava ou prejudicava os resultados terapêuticos. Resultados preliminares indicaram que, imediatamente após o tratamento, os adolescentes dos dois grupos terapêuticos obtiveram melhores resultados do que os do grupo de controlo (lista de espera), apresentando apenas sintomas subclínicos de fobia social, enquanto que os da lista de espera mantinham o diagnóstico de fobia social. Assim, neste ponto de avaliação, a inclusão dos pais no tratamento não beneficiou nem prejudicou a eficácia terapêutica. Porém, avaliações levadas a cabo por avaliadores independentes, aos 6 e 12 meses de *follow-up*, revelaram um aumento do ganhos por parte dos adolescentes cujos pais participaram no tratamento, ao passo que os adolescentes do grupo que não incluiu envolvimento parental tinham maior probabilidade de ter recaídas ou de manter a sintomatologia.

Este protocolo de tratamento foi mais tarde estudado numa população Espanhola de adolescentes, comparativamente a outros dois protocolos terapêuticos. A eficácia da CBGT-A foi comprovada, tanto a curto como a longo prazo (5 anos de *follow-up*), embora este tratamento pareça ter sido o tratamento com resultados mais pobres a longo prazo (Garcia-López *et al.*, 2006; Garcia-López *et al.*, 2002; Olivares, Garcia-López, Beidel, *et al.*, 2002). Estes estudos serão abordados, posteriormente, na secção dedicada à comparação dos tratamentos.

2.2. Treino de Aptidões Sociais: Aumentar a Competência Social de Crianças e Adolescentes – SST: Social Skills Training: Enhancing Social Competence in Children and Adolescents (Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000)

Embora este programa não se destine propriamente a adolescentes, tendo sido aplicado a crianças dos 7 aos 14 anos, decidimos incluí-lo na secção de intervenções terapêuticas, por se tratar de um dos mais mencionados em crianças com fobia social e por ser a base de outros programas de intervenção, incluindo programas dirigidos a adolescentes. Todavia, exactamente por não se destinar especificamente a adolescentes, iremos apenas descrever a sua estrutura e estudos de eficácia e não efectuaremos a descrição do conteúdo de cada sessão.

2.2.1. SST – Descrição geral

O Treino de Aptidões Sociais: Aumentar a Competência Social de Crianças e Adolescentes (Spence *et al.*, 2000) enfatiza o papel do **défice de aptidões sociais**, defendendo que estes défices conduzem à falta de sucesso nas situações sociais. Spence e colaboradores (Spence,

Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999) propõem que este insucesso estaria na base de expectativas negativas relativamente a situações futuras nas quais exista a probabilidade de uma avaliação por parte dos outros, as quais gerariam afecto negativo e respostas fisiológicas de ansiedade, bem como comportamentos de evitamento. Para além disso, a experiência de ansiedade inibiria o uso eficaz de aptidões sociais, prejudicando ainda mais o desempenho social. Da mesma forma, o evitamento de situações sociais reduziria a oportunidade de aprendizagem de aptidões sociais, contribuindo também para a perpetuação do ciclo de ansiedade social.

De acordo com esta conceptualização, o SST consiste num programa integrado que privilegia o **treino de aptidões sociais** e a **exposição**, mas que também inclui outros componentes, como **treino de resolução de problemas**, **reestruturação cognitiva** e **estratégias de relaxamento**.

O SST (Spence *et al.*, 2000) consiste em 12 sessões **grupais** semanais, de cerca de uma hora cada, seguidas de 30 minutos de prática das estratégias aprendidas num ambiente simulado dentro da sessão, com apoio e reforço do terapeuta. Nos últimos 5 a 10 minutos da sessão, realizam-se exercícios de relaxamento, aplicando treino de relaxamento muscular e imaginação. No final de cada sessão, são prescritas tarefas de casa com o objectivo de transportar para o ambiente natural as aptidões aprendidas. Três e seis meses depois da finalização do tratamento, realiza-se uma sessão de *follow-up*.

O programa permite também a participação dos **pais** através de um treino de 12 sessões de 30 minutos, que salienta o reforço da prática das aptidões aprendidas pelas crianças, o encorajamento de actividades sociais, o ignorar (extinção) de comportamentos de evitamento social, e o modelamento de comportamentos sociais adequados.

2.2.2. SST – Estudos de eficácia

Spence e colaboradores (2000) realizaram um estudo com 50 crianças (entre os 7 e os 14 anos) com fobia social, em que compararam os resultados terapêuticos do SST, SST com envolvimento parental e lista de espera. No pós-tratamento, as crianças de ambos os grupos de tratamento apresentavam melhorias significativas, comparativamente às crianças da lista de espera – do grupo que recebeu SST, 58% das crianças não apresentava já critérios de diagnóstico para fobia social, o mesmo acontecendo a 87,5% das crianças do grupo SST e envolvimento parental e 7% das crianças da lista de espera. Os resultados dos questionários de ansiedade geral e social, preenchidos pelas crianças, e as classificações das competências sociais, efectuadas pelos pais, manifestaram também melhorias significativas. Não obstante estes resultados, não se verificaram melhorias estatisticamente significativas na assertividade (durante uma observação comportamental), nem no número de interações com os pares. Os ganhos eram mantidos no *follow-up* de um ano. Embora se tenha manifestado uma tendência para as crianças do grupo de SST mais envolvimento parental apresentarem melhores resultados, esta diferença não atingiu níveis de significância (Spence *et al.*, 2000).

2.3. Terapia de Eficácia Social para Crianças – SET-C: Social Effectiveness Therapy for Children (Beidel, Turner, & Morris, 1998; Beidel *et al.*, 2000)

2.3.1. SET-C – Descrição geral

A Terapia de Eficácia Social para Crianças (Beidel *et al.*, 1998, 2000) é uma adaptação da versão para adultos desta intervenção (Turner, Beidel, Cooley, Woody, & Messer, 1994), baseada na visão de que o evitamento impede o desenvolvimento de aptidões sociais adequadas, da mesma forma que impede a extinção do medo das situações sociais (Beidel, Turner, & Morris, 1999). Com base neste pressuposto, Beidel e colaboradores (2000) desenvolveram um programa comportamental, que assenta no **treino de aptidões sociais** e na **exposição**. O programa inclui também um componente a que chamaram “**generalização com pares**” (“*peer generalization*”, que não existe no programa para adultos), no qual crianças da comunidade (voluntários recrutados para o efeito) interagem com as crianças com fobia social e funcionam como modelos de comportamentos sociais adequados. Este componente cria oportunidades ao vivo para as crianças com fobia social treinarem as suas recém-adquiridas competências com pares não ansiosos.

O programa foi originalmente desenvolvido para crianças e pré-adolescentes, entre os 8 e os 12 anos. Os autores consideraram que não existia evidência suficiente da presença de cognições negativas em crianças destas idades, pelo que não incluíram um componente de reestruturação cognitiva (Alfano, Beidel, & Turner, 2002).

A SET-C (Beidel *et al.*, 2000) é um programa bastante intensivo que decorre ao longo de 13 semanas. Os componentes da SET-C incluem **educação parental**, **treino de aptidões sociais** através de modelamento e *roleplay*, **experiências com pares** para generalização, **exposição comportamental** e **prescrição de tarefas de casa**. É constituído por uma sessão de psico-educação (para pais e adolescentes) e outras 24 sessões: 12 sessões de grupo para treino de aptidões sociais com pares e 12 sessões de exposição individual. Semanalmente, é realizada: (1) uma sessão de treino de aptidões sociais (cerca de 60 minutos), seguida de actividades sociais em grupo com pares (cerca de 90 minutos); e (2) uma sessão de exposição individual, de cerca de 60 minutos para assegurar que a ansiedade se extingue através da repetição. No final de cada sessão são prescritas tarefas para casa, de acordo com o conteúdo da sessão.

Temos conhecimento que existe a SET adaptada para adolescentes (Beidel, Turner & Morris, 2004, in Beidel & Turner, 2007), mas não tivemos acesso à sua estrutura e conteúdo por sessão e não existem, tanto quanto sabemos, dados sobre a sua eficácia. Contudo, tendo por base a SET, Olivares e colaboradores (Olivares, Garcia-López, Beidel, & Turner, 1998) elaboraram a SET-A_{ve} – Terapia de Eficácia Social para Adolescentes-versão Espanhola. Por se tratar, este sim, de um programa destinado a adolescentes e porque mantém a estrutura original da SET, optámos por descrever este programa mais em pormenor, em vez de descrever a SET-C original, destinada a crianças.

2.3.2. A Terapia de Eficácia Social para Adolescentes-versão Espanhola: SET-Ave (Garcia-López, 2007; Olivares *et al.*, 1998)

Baseados nos programas SET para adultos e para crianças, Olivares e colaboradores desen-

volveram a SET-Ave – Terapia de Eficácia Social para Adolescentes-versão Espanhola (Olivares *et al.*, 1998). Como não se dispunha, na altura, de uma versão da SET para adolescentes, foram seleccionadas da SET (para adultos) e da SET-C (para crianças) os componentes mais adequados para esta população. Estas alterações foram aprovadas por Beidel e Turner e foi respeitada a estrutura do programa original (Garcia-López, 2007).

Este programa consiste em 29 sessões. A primeira (chamada sessão zero) – o componente Educacional – realiza-se em grupo, na primeira semana; nas 12 semanas seguintes realizam-se duas sessões por semana – uma grupal para Treino de Aptidões Sociais (cerca de 60 minutos) e uma sessão individual de Exposição (cerca de 30 minutos); as últimas quatro sessões são designadas “Prática Programada” (cerca de 60 minutos cada uma), com o objectivo de generalizar e consolidar os ganhos do tratamento ao ambiente natural dos adolescentes, através de exposição no ambiente natural. Neste último componente, incluem-se também estratégias de prevenção de recaída para preparar os adolescentes para a possibilidade de experienciar ansiedade em situações sociais e para antecipar estratégias para lidar com essas dificuldades futuras.

2.3.3. SET-A_{ve} – Conteúdo das sessões (Garcia-López, 2007)

Sessão 0

Psicoeducação

Sessão 1

Treino de aptidões sociais e Exposição: Iniciar conversas

Sessão 2

Treino de aptidões sociais e Exposição: Manter conversas

Sessão 3

Atender e recordar: Competências telefónicas

Sessão 4

Treino de aptidões sociais e Exposição: Interação com pessoas do sexo oposto

Sessão 5

Treino de aptidões sociais e Exposição: Interação com figuras de autoridade

Sessão 6

Treino de aptidões sociais e Exposição: Dar e receber elogios

Sessão 7

Treino de aptidões sociais e Exposição: Estabelecer e manter amizades

Sessão 8

Treino de aptidões sociais e Exposição: Aptidões para se juntar a um grupo

Sessão 9

Treino de aptidões sociais e Exposição: Assertividade (I) – Como dizer que não

Sessão 10

Treino de aptidões sociais e Exposição: Assertividade (II) – Pedir que mudem um comportamento

Sessão 11

Treino de aptidões sociais e Exposição: Falar em público (I) – escolher um tema e elaborar o corpo de um discurso

Sessão 12

Treino de aptidões sociais e Exposição: Falar em público (II) – Como iniciar e concluir um discurso

Sessões 13 a 16

Prática Programada

2.3.4. SET-C e SET-Ave – Estudos de eficácia

A SET-C foi comparada com um tratamento activo e não específico (intervenção para a ansiedade aos testes - *Testbusters*) (Beidel *et al.*, 2000). Neste estudo, com 30 crianças entre os 8 e os 12 anos, a SET-C demonstrou reduções significativas nos sintomas de ansiedade social e evitamento comportamental, aumentou as aptidões sociais e o funcionamento social geral. No pós-tratamento, 67% das crianças do grupo de SET-C já não apresentava fobia social, comparado com 5% do grupo de controlo. No *follow-up* de 6 meses, estes números tinham subido para 85% de remissões no grupo SET-C. Os ganhos clínicos continuaram a observar-se 3 anos (Beidel, Turner, Young, & Paulson, 2005) e 5 anos (Beidel, Turner, & Young, 2006) após o tratamento.

A eficácia da SET-C foi ainda comprovada num estudo que comparou os resultados deste programa com os resultados de uma intervenção psicofarmacológica (Beidel *et al.*, 2007). No pós-tratamento, 53% dos sujeitos não apresentava já critérios para fobia social, resultado que se mantinha no *follow-up* de um ano.

A eficácia da SET-A_{ve} foi comprovada no pós-tratamento e *follow-up* de um ano (Garcia-López *et al.*, 2002; Olivares, Garcia-López, Beidel, *et al.*, 2002), tanto na redução de sintomas de ansiedade social medidos por questionários de auto-resposta, como pela ausência de critérios de diagnóstico de fobia social. Considerando a ausência de critérios para o diagnóstico de fobia social, a SET-A_{ve} obteve 35.7% de remissões no pós-tratamento, valor que aumentou para 57.1% no *follow-up* de um ano. Tomando como critério de eficácia a diminuição de 75% das situações assinaladas na secção de fobia social da ADIS-C, a SET-A_{ve} apresentou 71.4% e 78.6% de casos que cumpriam este critério, respectivamente no pós-tratamento e no *follow-up* (Garcia-López *et al.*, 2002). Garcia-Lopez e colaboradores verificaram ainda a eficácia do SET-A_{ve} no *follow-up* de 5 anos (Garcia-López *et al.*, 2006).

2.3.5. SET-C modificada e aplicada a adolescentes: Descrição geral do programa e estudos de eficácia

Considerando que a SET-C era demasiado intensiva para doentes da comunidade que pro-

curassem uma clínica psiquiátrica, Baer e Garland (2005) simplificaram o SET-C, reduzindo-o a 12 sessões de 90 minutos. Era realizada apenas uma sessão com os pais, para fornecer informação e responder a perguntas. A primeira sessão de grupo com os adolescentes incluía informação acerca da fobia social e começava com o treino de aptidões sociais. As restantes 11 sessões estavam divididas em duas partes: 45 minutos para o treino de aptidões sociais (excepto uma sessão dedicada a estratégias cognitivas para lidar com a ansiedade) e 45 minutos para exposição em grupo. Eram também prescritas tarefas de casa, para realizar entre as sessões. Embora não existisse o componente de generalização com pares, os adolescentes eram encorajados a escolher um “treinador” (familiar, amigo, etc), para os ajudar a levar a cabo as tarefas de casa, e as exposições realizadas nas sessões incluíam pares (voluntários) que não conheciam.

Num pequeno estudo com adolescentes (entre os 13 e os 18 anos), em que compararam a versão simplificada da SET-C e um grupo de lista de espera que depois recebeu também tratamento e foi incluído no processamento dos dados, 36% das crianças do grupo de tratamento não apresentavam já critérios para fobia social, comparativamente com 0% das crianças da lista de espera (Baer & Garland, 2005). Beidel e Turner (2007) consideram que esta percentagem substancialmente inferior à do estudo de Beidel e colaboradores (2000) pode ter sido devido à não inclusão do componente de generalização com os pares e de exposição individual, ou à falta de adaptações desenvolvimentais e validação do SET-C para a população adolescente (Beidel & Turner, 2007).

2.4. Intervenção para Adolescentes com Fobia Social Generalizada – IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada (Garcia-López, 2007; Olivares, 2005; Olivares & Garcia-López, 1998)

2.4.1. IAFS – Descrição Geral

A Intervenção para Adolescentes com Fobia Social é um tratamento multicomponente, desenvolvido por Olivares e Garcia-Lopez da Universidade de Murcia, em Espanha (Olivares & Garcia-López, 1998). Este foi o primeiro protocolo de tratamento a ser desenvolvido para ser aplicado especificamente no **contexto escolar**, onde se desenrola a maior parte das actividades dos sujeitos e onde acontece a maioria das situações sociais que têm que enfrentar.

A IAFS foi construída pelos autores, a partir dos componentes da SET-A_{ve} e da CBGT-A que demonstraram a sua utilidade subjectiva. Isto é, os sujeitos que fizeram parte de grupos terapêuticos de SET-A_{ve} (Olivares & Garcia-López, 1998) e de CBGT-A (Albano, Marten *et al.*, 1995) classificavam os conteúdos das sessões, tanto quanto estas acabavam, como no final do tratamento. Os autores desenvolveram a IAFS, a partir dos componentes que obtiveram melhores pontuações referentes à sua utilidade subjectiva. Os componentes da IAFS incluem, então, uma **fase educativa**, **reestruturação cognitiva**, **treino de aptidões sociais**, **exposição** (considerada o núcleo do programa e, por vezes, com recurso a pares fora do grupo) e **prevenção de recaídas**. Em cada semana, são propostas tarefas de casa, para consolidar e generalizar os conteúdos e aptidões aprendidas.

A IAFS consta de 12 sessões de tratamento em grupo, cada uma com uma duração de 90 minutos e uma periodicidade semanal. O tratamento inicia-se com a fase da psicoeducação, se-

guindo-se a fase de reestruturação cognitiva, com recurso à terapia cognitiva de Beck. O treino de aptidões sociais e a exposição decorrem entre as sessões 3 e 12 e, na última sessão, reserva-se ainda um período de tempo para a fase de prevenção de recaídas. Proporciona-se, também, a possibilidade (opcional) de realizar sessões individuais (15 a 30 minutos), num horário semanal previamente combinado, para abordar conteúdos das sessões ou planear exposições individuais.

Um aspecto único e importante deste programa que, do nosso conhecimento, não foi utilizado em nenhum outro programa descrito, é a utilização de procedimentos de *video-feedback* em algumas ou todas as exposições realizadas. A IAFS original (Olivares & Garcia-López, 1998) contempla a realização de *video-feedback* nas 4 sessões relacionadas com falar em público. Este procedimento implica, para além da gravação vídeo das exposições, a classificação pelo sujeito do seu desempenho, comparando-se, posteriormente, esta classificação com a classificação dos colegas de grupo e com a gravação efectuada.

2.4.2. Conteúdo das sessões (Garcia-López, 2007)

Sessão 1

Estabelecimento de regras para o funcionamento do grupo durante o programa

Explicação do modelo explicativo do constructo de fobia social

Revisão das expectativas dos sujeitos

Sessão 2

Explicação do modelo cognitivo

Identificação de pensamentos automáticos negativos

Discussão e debate dos pensamentos automáticos e irracionais

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 3

Discussão das tarefas de casa

Discussão do tema da auto-estima e biblioterapia

Treino de aptidões sociais – iniciar e manter conversas

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 4

Discussão das tarefas de casa

Treino de aptidões sociais – iniciar e manter conversas (continuação); prestar atenção e recordar informação.

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 5

Discussão das tarefas de casa

Treino de aptidões sociais – assertividade

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 6

Discussão das tarefas de casa

Realização de treino de aptidões sociais – assertividade (continuação)

Realização de exposições – iniciar e manter conversas

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 7

Discussão das tarefas de casa

Treino de aptidões sociais – dar e receber elogios; estabelecer amizades

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 8

Discussão das tarefas de casa

Realização de exposições – interação com pessoas do sexo oposto

Treino de aptidões sociais – assertividade (continuação)

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 9

Discussão das tarefas de casa

Treino de aptidões sociais – falar em público: aptidões verbais e não verbais

Realização de exposições com recurso a *video-feedback*

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 10

Discussão das tarefas de casa

Realização de exposições com recurso a *video-feedback* – falar em público; iniciar, desenvolver e terminar uma conversa

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 11

Discussão das tarefas de casa

Realização de exposições com recurso a *video-feedback* – falar em público

Prescrição de tarefas para casa

Sessão 12

Discussão das tarefas de casa

Realização de exposições com recurso a *video-feedback* – falar em público

Prevenção de recaída

2.4.3. Estudos de eficácia

A IAFS (Olivares & Garcia-López, 1998) foi estudada e comprovou a sua eficácia a curto prazo, aos 12 meses e aos 5 anos depois do término do tratamento. Num estudo piloto, com 11 adolescentes com fobia social, Olivares e Garcia-López verificaram que no pós-tratamento (comparado com o pré-tratamento) os valores das escalas que mediam respostas de ansie-

dade social (SPAI e SAS-A) estavam significativamente reduzidos (Olivares & Garcia-López, 2001). Em dois estudos subsequentes (Garcia-López *et al.*, 2002; Olivares, Garcia-López, Beidel, *et al.*, 2002), ambos com cerca de 15 adolescentes por grupo de estudo, verificou-se a eficácia da IAFS nos pós-tratamento e no *follow-up* de um ano, tanto na redução dos sintomas e interferência da fobia social, como na melhoria da auto-estima e das competências sociais. No estudo de Garcia-López e colaboradores (2002), 33.33% dos adolescentes com fobia social não apresentavam já critérios para fobia social, tendo este resultado aumentado para 46.67% ao final de um ano, comparativamente a 13.33% e 6,67% de remissões no grupo de lista de espera. Quando o critério para eficácia clínica utilizado era o de 75% de redução do número de situações sociais assinaladas na secção de fobia social da ADIS-C, 66.67% e 73.33% dos adolescentes do grupo de tratamento, respectivamente, no pós-tratamento e no *follow-up* de um ano cumpriam este critério. Os ganhos eram mantidos no *follow-up* de 5 anos (Garcia-López *et al.*, 2006).

A relevância das sessões individuais foi também estudada (Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar, & Olivares-Rodriguez, 2008), verificando-se que os grupos que receberam sessões individuais apresentaram melhores resultados na redução da ansiedade social e evitamento nos 6 e 12 meses de *follow-up*, embora não no pós-teste. Outro estudo investigou as diferenças de eficácia no tratamento utilizando o *video-feedback* em 4 ou em 10 sessões, concluindo que as intervenções eram igualmente eficazes (Ramos, Piqueras, & García-López, 2008).

Recentemente, foi sugerida a utilidade da IAFS para crianças entre os 10 e os 14 anos (Sanchez, 2008) e para jovens adultos (Garcia-López *et al.*, 2006b).

2.5. Competências para o Sucesso Académico e Social – SASS: Skills for Academic and Social Success (Masia *et al.*, 1999)

2.5.1. SASS – Descrição geral

O programa Competências para o Sucesso Académico e Social (Masia *et al.*, 1999) foi especialmente desenhado para adolescentes e para ser aplicado num contexto de **escola secundária**. Por este motivo, houve algumas considerações especiais que guiaram o desenho da intervenção, desde o facto da duração de cada sessão não poder exceder cerca de 40 minutos – o tempo de uma aula – até à utilização do ambiente escolar, de professores e de colegas na intervenção terapêutica (Fisher, Masia-Warner, & Klein, 2004).

Este programa baseia-se noutros programas já existentes. Em primeiro lugar, baseia-se largamente na SET-C (Beidel *et al.*, 1998), adaptando determinados aspectos à população adolescente, de onde retira o treino de aptidões sociais e a exposição. Os componentes de pensamento realista e prevenção de recaída são adaptados do livro “*Overcoming Shyness and Social Phobia*”, de Ronald Rapee (Rapee, 1998). Finalmente, os componentes pragmáticos que dizem respeito à condução da intervenção em grupo derivam da CBGT-A (Albano, Marten, & Holt, 1991).

O SASS (Fisher *et al.*, 2004; Masia *et al.*, 1999) inclui 12 sessões semanais em grupo: uma sessão **psicoeducacional**, uma sessão sobre **pensamento realista**, quatro sessões de **treino de aptidões sociais**, cinco sessões de **exposição** e uma sessão de **prevenção de recaída**. São pro-

gramadas **quatro saídas sociais** ao fim-de-semana (90 minutos cada) com pares sem ansiedade social (“*peer assistants*”), que permitem a exposição no ambiente natural e a generalização das aptidões aprendidas. Os **pais** participam em duas sessões grupais (45 minutos) e os **professores** participam em dois outros encontros (30 minutos). Os adolescentes têm ainda, pelo menos, duas breves sessões individuais (15 minutos) ao longo do programa, para discutir objectivos ou obstáculos que possam estar a acontecer. Um e dois meses após o final da intervenção de 12 sessões, é realizada uma sessão de *follow-up* em grupo.

2.5.2. SASS – Conteúdo das sessões (Fisher *et al.*, 2004)

Sessão 1 – Psicoeducação

Estabelecimento de regras para o funcionamento do grupo

Descrição dos sintomas cognitivos, somáticos e comportamentais da fobia social

Encorajamento na identificação dos sintomas e na observação de como a ansiedade social é mantida pelos pensamentos negativos, sintomas somáticos e evitamento

Revisão de situações sociais problemáticas

Sessão 2 – Pensamento Realista

Ênfase na relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos

Explicação da sobrestimação da probabilidade e perigosidade de consequências negativas

Identificação dessas expectativas negativas e de questões específicas para as avaliar realisticamente

Clarificação de conceitos, utilizando a experiência individual dos adolescentes

Sessões 3 a 6 – Treino de Aptidões Sociais

Revisão dos trabalhos de casa

Aptidões alvo de treino: Iniciar conversas, manter conversas e estabelecer amizades, ouvir e lembrar, assertividade

Introdução do conceito e do racional e facilitação da discussão

Demonstração, pelos terapeutas, da aptidão num breve *roleplay*

Realização de, pelo menos, dois *roleplays* por adolescente

Feedback dos terapeutas e dos membros do grupo, elogio dos aspectos positivos e sugestões para melhorar o desempenho; se necessário, repetição do *roleplay*

Prescrição de prática de aptidões como trabalho de casa

Sessões 7 a 11 – Exposição

Revisão dos trabalhos de casa

Apresentação do racional e do procedimento de exposição, sublinhando o papel do evitamento na manutenção das dificuldades e a diminuição da ansiedade ao longo das sessões

Construção de uma hierarquia de medos e identificação de condições específicas que potenciam a ansiedade

Exposição gradual dentro da sessão, podendo recorrer-se a outros elementos do grupo ou a outros colegas da escola

Discussão da exposição e *feedback* do grupo e dos terapeutas

Prescrição de exposições como trabalho de casa

Sessão 12 – Prevenção de Recaídas

Introdução do tema da recaída

Preparação para futuros obstáculos

Discussão de sinais de alerta e estratégias para lidar com situações problemáticas

Sessões de follow-up (2)

Monitorização dos progressos

Avaliação e discussão de obstáculos

Identificação de estratégias para treinar aptidões e fazer amizades

(Eventualmente, realização de exposições)

Sessões Individuais (2)

Discussão dos objectivos do programa ou de obstáculos à prossecução dos objectivos

Identificação e revisão de aptidões

Reforço da relação terapêutica

Adaptação do programa a necessidades individuais

Acontecimentos Sociais

Actividades várias como jogar *bowling*, fazer um piquenique ou ir a um centro comercial, na companhia e ajudados pelos pares não ansiosos (*peer assistants*)

Sessão 1 com Pais

Fornecimento de informação acerca dos sintomas e manutenção da fobia social

Sessão 2 com Pais

Discussão de comportamentos parentais mais comuns face à ansiedade manifestada pelos filhos

Encorajamento no sentido de levarem a cabo estratégias mais eficazes para ajudar os filhos a ultrapassar as dificuldades sociais

Sessão 1 com Professores

Fornecimento de informação sobre a fobia social e sobre os objectivos do programa de tratamento

Identificação de dificuldades na sala de aula e discussão de possíveis exposições graduais

Sessão 2 com Professores

Feedback dos professores

Discussão de outras exposições

2.5.3. SASS – Estudos de eficácia

Masia e colaboradores (2001) levaram a cabo um pequeno estudo sem grupo de controlo, num contexto escolar. Seis adolescentes com fobia social completaram o tratamento com SASS. No pós-tratamento, 3 dos 6 adolescentes (50%) já não preenchiam critérios de diagnós-

tico para fobia social. Verificou-se, também, uma melhoria significativa nas classificações de interferência, dadas pelo clínico, e nas classificações de medo e evitamento em situações sociais, dadas pelos adolescentes, embora as classificações no questionário de auto-resposta referente a sintomas de fobia social não tenham diminuído significativamente.

Num segundo trabalho (Masia-Warner *et al.*, 2005), os autores examinaram a eficácia do SASS num estudo com um grupo de lista de espera como controlo. Os adolescentes no grupo de tratamento demonstraram reduções significativamente maiores do que os do grupo de controlo na ansiedade social e evitamento, bem como um aumento significativamente maior no funcionamento geral. Para além disso, dos 18 adolescentes que terminaram o tratamento, 67% não preenchiam critérios para fobia social no pós-tratamento, o que só aconteceu a 6% da lista de espera. Os ganhos eram mantidos num *follow-up* de 9 meses.

Mais recentemente (Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor, & Klein, 2007), foi realizado outro estudo de eficácia do SASS com um grupo de controlo que recebeu um tratamento alternativo (psicoeducação e instruções para relaxamento) e que emparelhava com o SASS no formato e no tempo de consulta, mas que não incluía os elementos terapêuticos considerados específicos para o tratamento da fobia social (treino de aptidões sociais, reestruturação cognitiva e exposição). As avaliações de avaliadores independentes e dos adolescentes indicaram uma redução significativa da ansiedade social e, dos 17 adolescentes (entre os 14 e os 16) que terminaram o tratamento, 59% não apresentava já fobia social, comparado com 0% do grupo de controlo.

2.6. Comparação de tratamentos

Começaram já a surgir estudos que comparam várias intervenções.

Três dos mais importantes e estudados programas para crianças e adolescentes com fobia social foram estudados num população de adolescentes espanhóis (Garcia-López *et al.*, 2006; Garcia-López *et al.*, 2002; Olivares, Garcia-López, Beidel, *et al.*, 2002). Os estudos compararam a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes (CBGT-A) (16 sessões), a Terapia de Eficácia Social para Adolescentes-versão Espanhola (SET-A_{ve}) (29 sessões), a Intervenção para Adolescentes com Fobia Social Generalizada (IAFS) (12 sessões) e um grupo de controlo de lista de espera. Os dados foram obtidos no pré e pós-teste e ao um ano de *follow-up*. Todos os tratamentos activos mostraram superioridade significativa, relativamente ao grupo de lista de espera no pós-tratamento e no *follow-up* de um ano, não se tendo verificado diferenças significativas entre os três tratamentos, quanto à sua capacidade de diminuição dos sintomas de fobia social e da interferência no dia-a-dia, melhoria das aptidões sociais ou aumento da auto-estima. Considerando como critério de análise dos resultados a ausência de critérios suficientes para o diagnóstico de fobia social, os autores encontraram para a CBGT-A, SET-A_{ve} e IAFS taxas de, respectivamente, 53.3%, 35.7% e 33.3%, no pós-tratamento, e de 26.7%, 57.1% e 46.7%, no *follow-up*. Alterado este critério para outro que considerava 75% de redução no número de situações assinaladas como ansiógenas na ADIS-C, a eficácia da CBGT-A, SET-A_{ve} e IAFS passavam, respectivamente, para 53.3%, 71.4% e 66.7%, no pós-tratamento, e 46.7%, 78.6% e 73.3%, no *follow-up*. Em síntese, a CBGT-A apresenta melhores re-

sultados no pós-tratamento e tem menos tendência para os manter no *follow-up*, enquanto a SET-A_{ve} e a IAFS mantêm ou aumentam os ganhos ao longo do tempo (Garcia-López *et al.*, 2006; Garcia-López *et al.*, 2002; Olivares, Garcia-López, Beidel, *et al.*, 2002). No *follow-up* de 5 anos, verificou-se uma manutenção ou melhoria destes resultados (Garcia-López *et al.*, 2006).

Mais recentemente, Beidel e colaboradores (2007) apresentaram os resultados de um estudo com 122 crianças e adolescentes (entre os 7 e os 17 anos) que comparava a SET-C, um placebo farmacológico (uma pastilha de açúcar) e um tratamento psicofarmacológico (fluoxetina). Os resultados mostraram que as crianças que receberam SET-C beneficiavam significativamente mais, do que as que receberam fluoxetina ou placebo. Respectivamente, 79%, 36% e 6% foram consideradas como respondendo ao tratamento e, respectivamente, 53%, 21.2% e 3.1% das crianças e adolescentes com fobia social no pré-tratamento não apresentavam já este diagnóstico no pós-tratamento. Os ganhos verificavam-se, ainda, no decréscimo de valores de ansiedade social e na melhoria das competências sociais. Estes ganhos mantiveram-se no *follow-up* de um ano (Beidel *et al.*, 2007).

2.7. Outros estudos

Incluímos nesta secção dois estudos que, embora não façam uso de nenhum dos programas descritos anteriormente, nos parecem dignos de nota, um por, pela primeira vez, utilizar um tratamento combinado e outro, por utilizar um tratamento cognitivo-comportamental muito breve.

Chavira e Stein (2002) investigaram a eficácia de um **tratamento psicofarmacológico** (citalopram – um inibidor selectivo da recaptação da serotonina) combinado com psicoeducação, numa população de crianças e adolescentes (dos 8 aos 17 anos) com fobia social. Doze participantes receberam 12 semanas de tratamento com citalopram e oito sessões breves de **psicoeducação** (em que os **pais** também participavam), que incluíam informação acerca da fobia social, debate cognitivo, treino de aptidões, exercícios comportamentais e prevenção de recaída. Baseados nas classificações dos clínicos, 83.3% dos sujeitos obtinham melhorias consideráveis. Mudanças significativas foram também verificadas nas escalas de auto-resposta de ansiedade e depressão e nas percepções dos pais relativamente às aptidões sociais dos filhos.

Uma outra investigação é a de Gallagher e colaboradores (2004). Este estudo, com 23 pré-adolescentes (dos 8 aos 11), utilizou um **programa cognitivo-comportamental breve** e comparou os seus resultados com os de um grupo de lista de espera. A intervenção breve consistia apenas em 3 sessões, de cerca de 3 horas cada uma, ao longo de 3 semanas. A meio da sessão, havia um intervalo para lanche, que servia também para praticar competências. A primeira sessão era dedicada ao fornecimento de **informação** acerca da fobia social, identificação de sintomas cognitivos, comportamentais e somáticos de ansiedade, introdução de técnicas cognitivas (identificação e modificação do discurso interno) e informação sobre a exposição. As restantes duas sessões focavam-se em **estratégias cognitivas** e **exposição** dentro da sessão. No fim das sessões, eram prescritas tarefas para casa, que eram discutidas no início da sessão seguinte. Foi realizada uma avaliação de *follow-up*, 3 semanas depois do tratamento. Os

ganhos significativos (comparativamente ao grupo de lista de espera e do pré para o pós-tratamento) foram obtidos no *follow-up* e não no pós-tratamento, tanto no que dizia respeito a medidas de auto-resposta e avaliação dos pais, referentes a ansiedade social e depressão, como na taxa de remissão de fobia social (37% no grupo de tratamento, comparada com 0% no grupo de controlo). No entanto, a avaliação dos pais relativamente às competências sociais dos filhos não apresentou diferenças significativas ao longo do tempo (Gallagher, Rabian, & McCloskey, 2004). Beidel e Turner (2007), ao comentarem estes resultados, consideram-nos relativamente baixos e sugerem que 3 semanas são um período de tempo insuficiente para o tratamento da fobia social.

O quadro 3.1 permite uma melhor visualização dos diversos protocolos de tratamento apresentados (específicos para a fobia social), respectivos componentes e informação sobre as sessões que incluem.

Da mesma forma, para mais facilmente se visualizarem os dados referentes aos diversos estudos de eficácia descritos acima, apresentamos o quadro 3.2.

Quadro 3.1. Protocolos de tratamento específicos para a fobia social em crianças e adolescentes

	Componentes	Número de sessões	Duração das sessões
CBGT-A Albano <i>et al.</i> , 1995 Hayward <i>et al.</i> , 2000 Olivares <i>et al.</i> , 2002 Garcia-Lopez <i>et al.</i> , 2002 Olivares-Olivares <i>et al.</i> , 2008	Psicoeducação Reestruturação Cognitiva Exposição (dentro da sessão e fora da sessão com o terapeuta e como TPC) Treino de Aptidões Sociais Treino de Resolução de Problemas Snack Time Prevenção de Recaída Sessões com pais (pais e adolescentes juntos)	16 a 20 sessões de grupo (4 incluindo os pais)	90 minutos
SST Spence <i>et al.</i> , 2000	Psicoeducação Treino de Aptidões Sociais Treino de Resolução de Problemas Reestruturação Cognitiva Relaxamento Exposição (dentro da sessão e fora da sessão como TPC) Sessões com pais (separadamente) <i>Follow-up</i>	12 sessões de grupo 12 sessões de pais 2 sessões de <i>Follow-up</i>	100 minutos 30 minutos -
SET (SET-C e SET-Ave) Beidel <i>et al.</i> , 2000 Baer & Garland, 2005 Beidel <i>et al.</i> , 2007 Olivares <i>et al.</i> , 2002 Garcia-Lopez <i>et al.</i> , 2002 Olivares-Olivares <i>et al.</i> , 2008	Psicoeducação Treino de Aptidões Sociais Exposição (dentro da sessão e fora da sessão como TPC ou durante a Prática Programada) Generalização com Pares/Prática Programada Prevenção de Recaída	13 sessões de grupo 12 sessões de exposição individual 4 sessões de prática programada	60 minutos 30 minutos 60 minutos

IAFS									
Olivares & Garcia-Lopez, 2001	Psicoeducação								90 minutos
Olivares <i>et al.</i> , 2002	Reestruturação Cognitiva								15-30 minutos
Garcia-Lopez <i>et al.</i> , 2002	Treino de Aptidões Sociais								
Garcia-Lopez <i>et al.</i> , 2006	Exposição (dentro da sessão com algum recurso a video-feedback e fora da sessão como TPC)								
Olivares-Olivares <i>et al.</i> , 2008	Prevenção de Recaídas								
	Sessões individuais (opcionais)								
SASS									
Masia <i>et al.</i> , 2001	Psicoeducação								40 minutos
Masia-Warner <i>et al.</i> , 2005	Reestruturação Cognitiva								45 minutos
Masia-Warner <i>et al.</i> , 2007	Treino de Aptidões Sociais								30 minutos
	Exposição (dentro da sessão e fora da sessão como TPC ou durante os Acontecimentos Sociais)								15 minutos
	Acontecimentos Sociais								-
	Acontecimentos Sociais								
	Prevenção de Recaída								
	Sessões com Pais (separadamente)								
	Sessões com Professores (separadamente)								
	Follow-up								
Outros									
Chavira & Stein, 2002	Psicofármacos (citalopram)								12 semanas
	Psicoeducação								15-20 minutos
Gallagher <i>et al.</i> , 2004	Psicoeducação								3 horas
	Reestruturação Cognitiva								
	Exposição (dentro da sessão)								

Nota: CBGT-A – Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes; SST - Treino de Aptidões Sociais; Aumentar a Competência Social de Crianças e Adolescentes; SET – Terapia de Eficácia Social (SET-C – Terapia de Eficácia Social para Crianças; SET-A_{we} - Terapia de Eficácia Social para Adolescentes, versão espanhola); IAFS – Intervenção para Adolescentes com Fobia Social; SASS - Competências para o Sucesso Académico e Social; TPC – tarefas para casa

Quadro 3.2. Estudos de eficácia referentes aos vários protocolos terapêuticos

	Idades	Número de sujeitos e proveniência	N p/grupo	N por grupo terap.	Comorbili. (%)	Avaliação pré-tratamento	Resultados no pós-tratamento
CBGT-A							
Albano <i>et al.</i> , 1995	13-16	5 clínica	5 CBGT-A	5	100%	Interferência - 6.6 (avaliação do clínico)	Interferência - 2.6 Sem fobia social - 80% (resultados no FU3m)
Hayward <i>et al.</i> , 2000	Média 15.2	35 anúncio	12 CBGT-A 23 LE	s/inf.	s/inf.	Interferência - 5.2 (avaliação da criança e dos pais)	Interferência - 2.7 Sem fobia social - 45%
SST							
Spence <i>et al.</i> , 2000	7-14	50 escola médicos pais	17 SST+EP 19 SST 14 LE	6-8	47%	Interferência 4.88 SST+EP 5.35 SST 5.20 LE (avaliação dos pais)	Interferência 2.78 SST+EP 3.38 SST 5.20 LE Sem fobia social 87% SST+EP 58% SST 7% LE
SET-C							
Beidel <i>et al.</i> , 2000	8-12	67 clínica escola anúncio	30 SET-C 20 (TestB) (36 - 6 DO) (31 - 11 DO)	4-6	41% da amostra total	Interferência 5.5 SET-C 5.6 TestB (avaliação do clínico)	Interferência 1.3 SET-C 5.1 TestB Sem fobia social 67% SET-C 5% TestB SPAI-C<18 53% SET-C 5% TestB

	Idades	Número de sujeitos e proveniência clínica	N p/grupo	N por grupo terap.	Comorbil. (%)	Avaliação pré-tratamento	Resultados no pós-tratamento
Baer & Garland, 2005	13-18	12 clínica	6 SET-C 6 LE	6	75%	Interferência 5.36 SET-C 5.67 LE (avaliação de?)	Interferência 3.27 SET-C 5.33 LE Sem fobia social 36% SET-C 0% LE
Beidel <i>et al.</i> , 2007	7-17	122 (139-17 DO) clínica anúncio	57 SET-C 33 Fluox. 32 Placebo	s/inf.	61.50% da amostra total	Interferência - s/inf.	Sem fobia social 53% SET-C 21.2% Fluox. 3.1% Placebo Mº ou muitiº melhor 79% SET-C 36.4% Fluox 6.3% Placebo SPAI-C<18 e mº ou muitiº melhor 46% SET-C 21% Fluox. 3.1% Placebo
IAFS							
Oliveres & Garcia-Lopez, 2001	Média 15.1	11 escola	11 IAFS	5-6	100% (com PPE)	Interferência - s/inf. SAS-A = 66.64	SAS-A = 41.36
Oliveres <i>et al.</i> , 2002	15-17	59 escola	14 SET-A _{ve} 15 CBGT-A 15 IAFS 15 LE	3-4	93-100% (com PPE)	Interferência - s/inf. SAS-A 61.43 SET-A _{ve} 62.4 CBGT-A 68.27 IAFS 69.4 LE	SAS-A 45.29 SET-A _{ve} 43.00 CBGT-A 42.13 IAFS 60.67 LE

Idades	Número de sujeitos e proveniência	N p/grupo	N por grupo terap.	Comorbili. (%)	Avaliação pré-tratamento	Resultados no pós-tratamento
García-Lopez <i>et al.</i> , 2002	15-17 59 escola	14 SET-A _{ve} 15 CBGT-A 15 IAFS 15 LE	3-4	93-100% (com PPE)	Interferência - s/inf.	Sem fobia social 53.33% SET-A _{ve} 35.71% CBGT-A 33.33% IAFS 13.33% N Diminuição 75% sit.ADIS-FS 71.43% SET-A _{ve} 53.33% CBGT-A 66.67% IAFS 13.33% LE
Olivares- Olivares <i>et al.</i> , 2008 (sessões individuais)	14-18 57 escola	19 Zero SI 20 Seis SI 18 Doze SI	9-10	s/inf.	Interferência - s/inf.	Sem fobia social 47.4% Zero SI 40.00% Seis SI 27.7% Doze SI SAS-A 63.11 Zero SI 64.20 Seis SI 62.89 Doze SI
SASS						
Masia <i>et al.</i> , 2001	14-17 6 escola	6 SASS	3	33.30%	Interferência - 6.8 (avaliação do clínico)	Interferência - 3.3 Sem fobia social - 50% Mº ou muitiº melhor - 50%
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2005	13-17 42 escola	18 SASS 17 LE (21 - 3 DO) (21 - 4DO)	s/inf.	48.60%	Interferência 5.4 SASS 5.4 LE (avaliação do clínico)	Interferência 3.1 SASS 5.8 LE Sem fobia social 67% SASS 6% LE SAS-A 46.7 SASS 52.1 LE Mº ou muitiº melhor 94.4% SASS 11.8% LE

Idades	Número de sujeitos e proveniência	N p/grupo	N por grupo terap.	Comorbili. (%)	Avaliação pré-tratamento	Resultados no pós-tratamento
Masia- Warner <i>et al.</i> , 2007 14-16	36 escola	15 SASS 17 IC (17 - 2 DO) (19 - 2 DO)	s/inf.	42%	Interferência 5.1 SASS 5.1 IC (avaliação do clínico)	Interferência 3.2 SASS 5.0 IC Sem fobia social 58.8% SASS 0% IC SAS-A 42.3 SASS 55.4 IC SPAI-C<18 88.2% SASS 26.7% IC Mº ou muitiº melhor 82.4% SASS 6.7% IC
Outros						
Chavira & Stein, 2002 8-17	12 Cital.+PE anúncio	12	Indiv.	s/inf.	Interferência - 4.82 (avaliação do clínico) SAS-A = 59.77	Interferência - s/inf. Mº ou muitiº melhor-83;3% SAS-A = 46.45
Callagher <i>et al.</i> , 2004 8-11	23 anúncio escola	12 CBT 11 LE	5-7	s/inf.	Interferência 5.08 CBT 4.20 LE (avaliação de ?)	Interferência 3.58 CBT 4.00 LE Sem fobia social (av. cria.) 58.3% CBT 18.8% LE Sem fobia social (av. pais) 41.7% CBT 0% LE

Nota: CBGT-A – Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes; FU – Follow-up; LE – Lista de espera; s/inf. – sem informação relativa a este ponto; SST - Treino de Aptidões Sociais; Aumentar a Competência Social de Crianças e Adolescentes; EP – Envolvimento parental; SET – Terapia de Eficácia Social; TestB – TestBusters; DO – Drop outs; Fluox. – Fluoxetina; Mº ou muitiº melhor – Muito ou muitíssimo melhor; IC – Intervenção controle; IFS – Intervenção para Adolescentes com Fobia Social; SASS – Competências para o Sucesso Acadêmico e Social; PPE – Perturbação de Personalidade Evitante; ADIS-FS – Secção da fobia social da ADIS-C; SI – Sessões individuais; Cital. – Citalopram; PE – Psicoeeducação; ? - sem informação.

Síntese

Embora crianças e adolescentes com fobia social tivessem começado por ter resposta, em termos terapêuticos, com programas gerais para perturbações de ansiedade, existe já uma série de programas específicos para o tratamento da fobia social na infância e adolescência. Neste capítulo abordámos inicialmente os programas destinados a crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade, nomeadamente, o *Coping Cat*, o *Coping Koala*, o *Cool Kids* e o FRIENDS. Descrevemos depois os protocolos desenvolvidos especificamente para a intervenção na fobia social com crianças e adolescentes. Começámos pela CBGT-A, de Albano e colaboradores, um protocolo adaptado da CBGT para adultos, de Heimberg e colaboradores. Passámos a seguir ao SST de Spence e colaboradores e à SET de Beidel e colaboradores, ambos baseados maioritariamente no modelo de défice de aptidões e ambos enfatizando o treino de aptidões sociais. Relativamente à SET, optámos por descrever mais em pormenor uma versão espanhola para adolescentes – a SET-A_{ve}, em vez da versão original (SET-C) para crianças. O IAFS de Olivares e colaboradores foi a descrição que se seguiu, um programa resultante da análise de componentes da SET-A_{ve} e da CBGT-A e destinado a ser aplicado num contexto escolar. O último protocolo a ser apresentado foi o SASS, de Masia-Warner e colaboradores, um outro programa para ser aplicado em contexto escolar, baseado noutros programas já existentes. De salientar o aspecto único do IAFS, ao utilizar o *video-feedback* em algumas das suas sessões.

Como pudemos constatar, o tratamento da ansiedade e fobia social na população mais jovem tem vindo a ser alvo de investigação substancial nos anos mais recentes. Os resultados dos estudos são encorajadores e fornecem suporte ao tratamento cognitivo-comportamental, cujos principais componentes são a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino de aptidões sociais e a exposição. Estas investigações mostram reduções significativas do número de crianças/adolescentes que mantém o diagnóstico de fobia social no pós-tratamento e no *follow-up*, comparativamente aos resultados dos grupos de lista de espera, terapia farmacológica e outros tratamentos não específicos para a fobia social (e.g., *Testbusters*).

Não obstante estes resultados encorajadores, a percentagem de crianças/adolescentes que responde menos bem ao tratamento e que, no final da terapia, evidencia ainda interferência no funcionamento quotidiano é relativamente considerável e justifica, no nosso entender, um outro olhar para os modelos e para as intervenções daí resultantes. Neste sentido, no capítulo seguinte, abordaremos algumas questões que serviram de base à elaboração do novo protocolo terapêutico que é alvo da presente investigação.

CAPÍTULO



Capítulo 4

Porquê um novo protocolo de tratamento de adolescentes com fobia social

Ao compararmos os modelos existentes para a conceptualização e tratamento da fobia social com as intervenções existentes, até ao momento, para crianças e adolescentes com este quadro clínico, deparámo-nos com a constatação de que muitos aspectos considerados fulcrais nos modelos de conceptualização não constavam ou não estavam exaustivamente explorados nos protocolos de intervenção. Considerámos, assim, que a inclusão de alguns desses aspectos num protocolo talvez pudesse beneficiar a prática clínica e a eficácia do tratamento. Esta motivação levou-nos a construir o protocolo que apresentamos neste trabalho.

Neste capítulo, apresentamos, resumidamente, aquelas que foram as linhas orientadoras da construção no novo protocolo de intervenção, bem como as razões que nos levaram a seleccioná-las.

1. Utilização do modelo de Clark e Wells (1995)

Há muito que a nossa experiência clínica sugeria que este modelo poderia ser uma mais valia no tratamento da fobia social com adolescentes. Deste modo, quando pensámos em construir um novo protocolo, a escolha do modelo de base a seguir foi óbvia. O estudo de caso de Ahrens-Eipper (2006) e o estudo de Hodson e colaboradores (2008) que comprova a presença dos factores preconizados por Clark e Wells em crianças com elevada ansiedade social, do qual tivemos conhecimento em 2006 por um dos autores, manteve e reforçou esta motivação.

Não querendo alongar as explicações relativas ao modelo e apresentadas já no Capítulo 2, referimos apenas alguns aspectos fundamentais cuja utilidade resolvemos explorar principal e exaustivamente.

Um desses aspectos relaciona-se com a exploração das potencialidades do *video-feedback*. De facto, a evidência comprova a utilidade da utilização do *video-feedback* com adultos, na correcção de auto-percepções enviesadas negativamente (Rapee & Hayman, 1996), principalmente quando combinado com preparação cognitiva antes de o vídeo ser visualizado (Harvey, Clark, Ehlers, & Rapee, 2000; Hi-Young, Lars-Gunnar, & Allison, 2002; Kim, Lundh, & Harvey, 2002), sabendo-se que mudanças na auto-percepção medeiam a mudança durante o tratamento (Hofmann, 2000; Hofmann, Moscovitch, Kim, & Taylor, 2004).

Não obstante, a evidência da eficácia do uso de *video-feedback* em crianças e adolescente é ainda algo limitada. A Intervenção com Adolescentes com Fobia Social (IAFS) (Garcia-López, 2007; Olivares, 2005; Olivares & Garcia-López, 1998) usa-o e sugere a sua utilidade em situações em que outros protocolos também fazem exposição (falar em público), mas sem recurso ao *video-feedback* (Garcia-López *et al.*, 2002). Também Cartwright-Hatton e colaboradores (Cartwright-Hatton, Hodges, & Porter, 2003) recomendam a utilização de *video-feedback* para desafiar as crenças de crianças com fobia social acerca da sua aparência e competências sociais e Hignett e Cartwright-Hatton forneceram evidência indirecta que suporta o recurso ao *video-feedback*, ao demonstrarem a existência de uma perspectiva do observador em adolescentes e ao indicarem a sua relação com a ansiedade social (Hignett & Cartwright-Hatton, 2008). Mais recentemente, Parr e Cartwright-Hatton (2009) confirmaram a utilidade do *video-feedback* numa amostra de adolescentes com fobia social ao verificarem que esta estratégia melhorou a percepção de desempenho numa tarefa de falar em público e a previsão de desempenho e ansiedade antes de uma segunda tarefa semelhante (Parr & Cartwright-Hatton, 2009).

Finalmente, tivemos em conta a informação de que nem sempre desempenhos bem sucedidos e percebidos como tal desconfirmam, necessariamente, auto-percepções negativas, nem aumentam a percepção de auto-eficácia (Wallace & Alden, 1995, 1997). Ao invés disso, bons desempenhos podem aumentar a preocupação com a possibilidade de não conseguir bons desempenhos no futuro e de frustrar ainda mais as expectativas dos outros (que seriam mais elevadas depois de um bom desempenho anterior). Concordando com Wallace e Alden (1997), consideramos que, provavelmente, a rigidez das crenças negativas e a utilização de comportamentos de segurança durante esses desempenhos impede que o indivíduo perceba que o sucesso se deve, indubitavelmente, a si e às suas capacidades e que essas continuarão presentes num futuro desempenho. Assim, e mais uma vez, as experiências com *video-feedback*, em que se orienta a atenção para a tarefa e se desiste de comportamentos de segurança, poderiam contribuir para a constatação efectiva de que já possui as capacidades de que precisa e que gostaria de ter.

Todos estes motivos orientaram a nossa decisão de utilizar sistematicamente o *video-feedback* durante as experiências comportamentais efectuadas nas sessões.

Um outro aspecto importante do modelo de Clark e Wells (1995) prende-se, exactamente, com a realização de **experiências comportamentais**. A diferença entre a realização de experiências comportamentais e a exposição, como é comumente realizada, baseia-se no uso do teste de hipóteses, eliminando comportamentos de segurança e reorientando o foco de atenção para o exterior¹. Experiências comportamentais bem sucedidas poderão fornecer ao adolescente com fobia social (nova) informação relativamente ao facto de ser perfeitamente capaz

¹ Rapee e colaboradores (Rapee, Gaston, & Abbott, 2009), comparando um tratamento habitual de reestruturação cognitiva e exposição, com um tratamento que ao programa habitual acrescentava outras estratégias recomendadas por Clark e Wells (1995) (e.g., feedback do desempenho, reorientação da atenção, eliminação de comportamentos de segurança) e com um tratamento não específico (treino de manejo da ansiedade), constataram a superioridade do tratamento aumentado.

de funcionar mesmo sentindo-se ansioso, de os sinais de ansiedade não serem tão visíveis quanto imagina, de o seu desempenho ser razoavelmente bom e bastante melhor do que aquilo que acredita que é, de o custo de alguns “acidentes” sociais não ser tão grande quanto antecipa e de os outros não serem tão críticos (rejeitantes ou intolerantes) quanto acredita.

As experiências comportamentais fornecem ainda o contexto para trabalhar a aceitação dos sintomas de ansiedade e a curiosidade relativamente às suas experiências e ao mundo em redor, componente que acrescentámos, baseados nos novos modelos de aceitação e *mindfulness* (ver ponto 2. deste Capítulo).

Atendendo à importância das experiências comportamentais patente no que expusemos acima, a realização destas experiências ao longo das sessões foi uma constante. Refira-se que muitas foram realizadas ao vivo, fora do gabinete, com a presença dos terapeutas, o que não aparece referido na maioria dos protocolos de tratamento². Para além disso, trabalhámos as situações que habitualmente desencadeiam ansiedade social e evitamento (e.g., receber uma crítica), conceptualizando e apresentando cada *roleplay* ou experiência fora do gabinete como uma experiência comportamental, uma oportunidade de descobrirem informação nova acerca de si, dos outros e das relações.

No que concerne à utilização deste modelo, refiram-se ainda alguns aspectos que, sempre considerando o modelo e os seus factores, acrescentámos ou modificámos ligeiramente.

Por um lado, transmitimos sempre uma **visão positiva**, “bem intencionada”, dos mecanismos envolvidos na manutenção das dificuldades (processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, ansiedade, sintomas associados à ansiedade, auto-focus e comportamentos de segurança), visando a protecção relativamente à rejeição. Neste ponto, seguimos as recomendações de Gilbert (Gilbert, 2004; Gilbert & Trower, 2001), de acordo com as quais, dar ao indivíduo com fobia social uma compreensão do modelo evolucionário e dos sintomas, como defesas em determinados contextos, ajuda a compreender as razões dos seus sintomas, a retirar a vergonha a eles associada, a ver a sua ansiedade social como “normal” e fazendo sentido (e não só como uma patologia) e a dar um novo sentido às distorções cognitivas. Enfatizámos, também, que em casos em que esses avisos e protecções não são necessários, mas mesmo assim são postos em prática, implicam custos e consequências indesejadas que retiram qualidade de vida e impedem a prossecução de objectivos valorizados.

Por outro lado, o trabalho de **crenças** e esquemas foi introduzido desde cedo na intervenção, de forma a ser compreensível a sua influência e desactualização no funcionamento actual. De acordo com Pinto-Gouveia e colaboradores (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006), os indivíduos com fobia social apresentam temas específicos de desligamento e rejeição (e.g. esquemas mal adaptativos precoces de desconfiança/abuso, defeito e indesejabilidade social, privação emocional). No presente protocolo, não quisemos deixar de abordar estes temas desde cedo (ainda que nunca lhe tenhamos atribuído nomes) e de uma forma siste-

² Uma excepção é a CBGT-A no estudo de Albano e colaboradores (Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995).

mática ao longo das várias sessões, tanto no desenvolvimento dos modelos idiossincráticos como nas várias experiências comportamentais realizadas, retirando conclusões mais gerais dos resultados das experiências. Por exemplo, se, baseados num esquema de desconfiança/abuso (e.g., “os outros são críticos e intolerantes”), a previsão para uma situação de entornar uma bebida num café e pedir ao empregado para vir limpar era de que este iria fazer má cara e discutir, depois de realizada a experiência e de a previsão não ser verificada discutia-se, não só este facto, mas também o que isso poderá querer dizer dos Outros e da forma como funcionam, colocando em causa conclusões (embora compreensíveis) retiradas de situações passadas, para compreender situações presentes (e.g., “que conclusões tiras relativamente ao criticismo e intolerância dos outros?”). O objectivo era ajudar a compreender e a aceitar as experiências e história passada, compreendendo a sua influência para a interpretação do aqui e agora, relembrar que não foi uma escolha ter passado por elas ou ter aprendido determinadas regras e assumpções acerca de si, dos outros e de como se relacionar, ao mesmo tempo que encorajávamos a não basear nelas decisões que comprometessem a prossecução de valores e objectivos de vida.

Finalmente, e talvez a modificação mais significativa, **não** incluímos as **técnicas de reestruturação cognitiva** recomendadas por Clark e Wells (e utilizadas em todos os protocolos cognitivo-comportamentais) para análise lógica e debate de pensamentos ou crenças e para modificação dos conteúdos das crenças, seguida da substituição dessas crenças por outras mais realistas (com todas as técnicas verbais que podem ser utilizadas para atingir este objectivo). Esta opção não nos pareceu um risco, relativamente à possível eficácia terapêutica do protocolo, uma vez que um número substancial de artigos e meta-análises fornece uma imensa informação relativamente ao facto de a adição à exposição de um componente de reestruturação cognitiva assim efectuada (debate e substituição de pensamentos sem recursos a exposição) não parecer favorecer resultados de tratamento ou ser um componente essencial à mudança (Alfano, Beidel, & Turner, 2002; Beidel, Turner, & Young, 2006; Biran, Augusto, & Wilson, 1981; Emmelkamp, Mersch, Vissia, & van der Helm, 1985; Feske & Chambless, 1995; Garcia-López *et al.*, 2002; Gould, Buckminster, Pollack, Otto, & Yap, 1997; Hope, Heimberg, & Bruch, 1995; Scholing & Emmelkamp, 1993)³. Mais ainda, os estudos mostram que a exposição, só por si, alcança mudanças cognitivas importantes (Biran *et al.*, 1981; Newman, Hofmann, Trabert, Roth, & Taylor, 1994; Turner, Beidel, & Jacob, 1994), o que sugere que as crenças não necessitam de ser alteradas directamente para existirem ganhos terapêuticos, incluindo ganhos cognitivos, e que o ingrediente principal dos resultados de tratamento é a exposição. Na prática, é considerado que as experiências positivas ocorridas durante as situações de exposição podem mudar as crenças do doente e as suas atitudes face à situação, mesmo sem pôr em prática técnicas explícitas de reestruturação cognitiva (Hofmann & Barlow, 2002)⁴.

³ De notar, no entanto que existem alguns estudos e meta-análise que sugerem uma superioridade de tratamentos que combinam exposição com reestruturação cognitiva (Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984; Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters, & Clarke, 1989; Taylor, 1996), mas aos quais são imputadas algumas críticas metodológicas.

⁴ Refira-se a este respeito uma investigação de Clark e colaboradores (Clark *et al.*, 2006) em que foi aplicado o

Desta forma, resolvemos basear todo o trabalho em exercícios experienciais e experiências comportamentais, bem como nas conclusões daí decorrentes. O objectivo seria o adolescente constatar, através da experiência, que os pensamentos que lhe ocorrem (e.g., antecipações ou interpretações de fracassos) são apenas pensamentos, não correspondendo ao Eu ou à realidade, o que o ajudaria a ter uma noção mais positiva de si próprio e a conseguir uma maior facilidade na defusão cognitiva em situações posteriores. A noção de defusão cognitiva deriva da Terapia de Aceitação e Compromisso, que mais à frente salientamos (ponto 2. deste Capítulo). Neste processo, resolvemos ainda fornecer aos adolescentes informação acerca dos erros cognitivos mais comuns, não para depois ensinar e promover o debate, mas para estarem mais atentos e conseguirem identificá-los no dia-a-dia, considerando-os um sinal da pouca credibilidade dos seus pensamentos e continuando a reforçar que um pensamento não passa disso - um acontecimento interno gerado por um cérebro que muitas vezes se engana.

Refira-se finalmente que, para melhor compreensão, recordação e retorno ao modelo durante as sessões, o esquema de Clark e Wells para o processamento situacional foi acrescentado para incluir os restantes factores do modelo (cf. Manual do protocolo “Ser Eu próprios entre os Outros”).

2. Inclusão de conceitos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)

O modelo e intervenção baseados na ACT deram-nos algumas indicações importantes que tentámos integrar no modelo de base, nomeadamente, os conceitos de defusão cognitiva, aceitação da experiência interna e valores.

Tomando em consideração o conceito de **defusão cognitiva**, enfatizámos sempre o facto de um pensamento não traduzir a realidade e, de sessão para sessão, tentámos ir separando o Eu e o cérebro com seus produtos, tratando o cérebro como uma entidade à parte (e.g., “Quem é que está a falar? Tu ou a tua cabeça?”; “O que é que o teu cérebro disse dessa situação?”) e fazendo humor com as cognições emergentes (e.g., dizê-las com uma voz de desenho animado) (Hayes, Strosahl, Bunting, & Wilson, 2004). O objectivo era transmitir que pensamentos e sentimentos são apenas partes da nossa história passada, trazidos para o presente. Não estão sempre certos, não são sempre úteis e não têm que ditar o que fazemos (Hayes *et al.*, 2004). Procurámos, assim, alterar as funções indesejáveis dos pensamentos (e outros acontecimentos privados), mais do que alterar a sua forma, frequência ou conteúdo.

Relativamente à **aceitação da experiência interna**, enfatizámos a incontrolabilidade de pensamentos e sentimentos – provêm da história e como esta vai sempre estar lá, o mesmo acontece com a possibilidade de ocorrência de pensamento e sentimentos dela derivados – e a importância de os aceitar enquanto tal, uma vez que as tentativas de os controlar os aumentam e conduzem ao sofrimento. Salientámos, ainda, a importância de aceitarem sintomas físi-

modelo original de Clark e Wells (1995) mas em que os doentes “não eram encorajados a desenvolver um diálogo interno mais positivo antes ou durante as situações de exposição” (Clark *et al.*, 2006, p. 570), tendo, ainda assim, verificado a superioridade desta intervenção comparativamente a exposição e relaxamento.

cos de ansiedade e de não tentarem controlá-los, escondê-los ou criticarem-se por eles estarem presentes. Esta aceitação poderia também aumentar a disponibilidade para se envolverem em experiências comportamentais, aceitando a ansiedade, os respectivos sintomas fisiológicos e o mal-estar que muitas vezes elas implicam (Dalrymple & Herbert, 2007).

Não obstante a incontrolabilidade de pensamentos e sentimentos, procurámos promover a separação do que pensam e sentem, do que decidem fazer em termos de comportamentos (e.g., “não é possível impedir que um pensamento acerca de evitar uma apresentação de um trabalho te passe pela cabeça, mas podes decidir se vais apresentá-lo ou não”). Neste contexto, trabalhamos no sentido de retirar à ansiedade a responsabilidade pelos evitamentos (e.g., “não evito porque estou ansiosa, evito porque não quero que ninguém me veja assim ou porque quero evitar uma possível crítica”), demonstrando, através de experiências comportamentais, que são capazes de funcionar mesmo sentindo-se ansiosos e que podem decidir o que fazer baseados em valores e objectivos, mais do que em automatismos antigos que, por vezes, sugerem um caminho diferente, ou mesmo oposto, ao que conduziria a esses objectivos (e.g., o valor é ser mais sociável e passar tempo com os amigos, mas recusa um convite dum amigo por não conhecer um amigo deste que também estará presente). Também neste sentido, são importantes as experiências comportamentais, ao demonstrarem que é possível perseguir acções valorizadas e que os obstáculos que julgavam existir (visão negativa de si e dos outros) não correspondem à realidade.

Finalmente, pensámos que o conceito de aceitação poderia ser importante, quando aplicado a adolescentes, para promover a aceitação de imperfeições, desempenhos menos bem conseguidos e circunstâncias difíceis.

3. Inclusão do conceito de auto-crítica (Gilbert, 2000)

Gilbert (2000) sugere que os humanos evoluíram no sentido de serem cada vez mais responsivos a sinais sociais emitidos pelos outros. No entanto, durante o processo de evolução, os humanos ter-se-ão tornado mais auto-conscientes e capazes de pensar acerca de si próprios também em termos relacionais. Desta forma, a natureza do nosso diálogo interno tornou-se relacional e as auto-avaliações que efectuamos são adaptações de sistemas avaliativos originalmente desenhados para o relacionamento social, pelo que sinais gerados internamente têm o mesmo impacto fisiológico e emocional que sinais sociais emitidos externamente.

Nesta perspectiva, se dispomos da capacidade de representar diferentes papéis sociais, possuímos também diferentes partes do Eu quando diferentes padrões cognitivo-emocionais e motivacionais emergem na mente. Estas partes internas do Eu podem ter vozes diferentes e podem competir, concordar ou discordar, apoiar-se ou atacar-se mutuamente. Sob certas circunstâncias, pode existir um diálogo interno sob a forma de relação dominante-subordinado relacionado com a experiência de vergonha, em que o auto-ataque (ou auto-crítica) utiliza uma linguagem como se estivesse a lidar com um inimigo ou com um subordinado que não cumpriu as obrigações (e.g., chamar-se nomes). Assim, da mesma forma que qualquer ataque externo, o auto-ataque gera afecto negativo e respostas de defesa, o que faz com que nos possa-

mos sentir derrotados, envergonhados e submissos, perante os nossos próprios ataques internos. Ou seja, uma parte ataca e a outra experiencia os efeitos do ataque e responde defensivamente com vergonha e submissão (Gilbert, 2000).

Tendo em conta que a vergonha e o auto-criticismo estão relacionados com um leque diversificado de dificuldades, Gilbert defende que pode ser útil criar um tipo de relação interna que substitua a relação de dominância e hostilidade *versus* medo, derrota e submissão, criando uma relação baseada na afiliação, cuidado e tranquilização do Eu, geradora de novos afectos como a empatia e a compaixão, aquilo que designou por “mente compassiva”. O desenvolvimento deste sentimento de compaixão e aceitação interna teria, por sua vez, benefícios fisiológicos e emocionais, trazendo uma sensação de carinho pelo Eu e de auto-tranquilização (*self-soothing*), criando uma nova estrutura e estado de mente (Gilbert, 2004).

No nosso trabalho com adolescentes com fobia social, assistimos muitas vezes a ataques internos efectuados quando percebem que não corresponderam a determinado padrão (e.g., “Estúpido! Porque é que não disseste nada? Parecias mesmo um totó!”), principalmente aquando do processamento pós-situacional, e muitas vezes por acreditarem que este processo de auto-crítica os pressionará a “fazer melhor” ou a “chegar mais longe”. Também Melo (2006) comprovou a importância da auto-crítica no desenvolvimento da ansiedade aos exames. Por estes motivos, pensamos que poderia ser importante incluir algum elemento de auto-compaixão no protocolo. Este factor poderia ajudar o adolescente a identificar o processo interno e as consequências da auto-crítica, a lidar com ela, a aprender a aceitar as suas falhas como fazendo parte da natureza humana e a perdóá-las adentro de uma nova estrutura afectiva.

Gilbert chama a atenção para o facto de o desenvolvimento desta capacidade poder ser feito através de exercícios de imaginação e de não estarmos a ensinar uma nova capacidade, mas a activar uma aptidão adormecida que a pessoa já tem. Foi, pois, esta abordagem – desenvolvimento de uma capacidade possuída através de exercícios de imaginação – que utilizámos, ainda que muito brevemente, no nosso trabalho.

4. Não realização de treino de aptidões sociais

A questão relacionada com a necessidade de incluir treino de aptidões sociais no tratamento da fobia social tem sido amplamente discutida na literatura. Alguns autores (e.g., Clark e Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997) defendem que a maioria dos doentes com fobia social possui aptidões sociais adequadas e que a ansiedade ou comportamentos de segurança interferem com a sua capacidade de ter um bom desempenho social. Outros (Herbert *et al.*, 2005) defendem que estes indivíduos têm efectivamente um deficit de aptidões sociais e que é necessário receberem instruções e prática nesse aspecto. No que diz respeito a crianças e adolescentes, vários estudos encontram défices de aptidões sociais (Alfano, Beidel, & Turner, 2008; Beidel, Turner, & Morris, 1999; Beidel *et al.*, 2007; Inderbitzen-Nolan, Anderson, & Johnson, 2007; Melfsen & Florin, 2000; Morgan & Banjee, 2006; Rao *et al.*, 2007; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999). Contudo, outras investigações não têm comprovado a existência desses défices (Cartwright-Hatton *et al.*, 2003; Cartwright-Hatton, Tschernitz, & Gomersall,

2005; Himeno, Nozaki, Ogura, & Shimada, 2007), defendendo que, à semelhança do que acontece nos adultos, a ansiedade social surge, não porque os indivíduos não são capazes de ter um desempenho social competente, mas porque *acreditam* que não são capazes de se comportar dessa forma. Efectivamente, a investigação empírica suporta largamente o pressuposto de que os indivíduos com fobia social (adultos ou crianças) subestimam as capacidades que têm, o seu desempenho e a imagem que passam aos outros (cf. pontos 3.2. e 4.2 do Capítulo 2)⁵.

Pensamos que talvez parte deste problema tenha a ver com a forma como as competências sociais são avaliadas e com o que se infere se, nesta avaliação, o desempenho social aparece comprometido. No que diz respeito à avaliação das competências sociais, esta avaliação é habitualmente efectuada, ou por auto-relato (sujeito às distorções já amplamente demonstradas), ou por observadores externos que avaliam a criança ou adolescente em situações em que esta tem que interagir com, ou ter um desempenho perante, pessoas desconhecidas. Sendo que situações com pessoas desconhecidas são das situações mais difíceis de lidar na fobia social, naturalmente que situações deste tipo activarão o programa de ansiedade e todos os mecanismos associados, incluindo o auto-focus e comportamentos de segurança, factores comprovadamente responsáveis por conduzirem a diminuições no desempenho (Alden & Bieling, 1998; McManus, Sacadura, & Clark, 2008; Stangier, Heidenreich, & Schermelleh-Engel, 2006). Efectivamente, nenhum dos estudos que encontrou défices de aptidões sociais em crianças ou adolescentes efectuou a sua avaliação num contexto com pessoas conhecidas e considerado seguro e não ameaçador, onde sabemos que muitas vezes não são manifestadas quaisquer dificuldades. No nosso entender, constatar que também aí se verificavam défices de aptidões sociais seria a única forma de comprovar a existência desses défices⁶. Por outro lado, o facto de se encontrar, em determinadas situações, um desempenho social menos bem sucedido não é, necessariamente, sinal de que a criança ou adolescente não sabe comportar-se de uma forma competente, podendo ser apenas resultado da interferência do auto-focus e de comportamentos de segurança (e.g., não estabelecer contacto visual).

Apesar destas considerações, e largamente influenciados pelo modelo de défice de aptidões sociais, todos os protocolos terapêuticos para crianças e adolescentes com fobia social incluem um componente de treino de aptidões sociais (cf. Capítulo 3), e todos os protocolos concluem que este treino reduz a ansiedade social. Porém, a eficácia deste procedimento nos referidos protocolos, relativamente aos efeitos benéficos na ansiedade social e no desempenho, não é clara. Por um lado, todos os protocolos incluem também um componente de exposição, considerado o componente por excelência envolvido na aquisição de resultados terapêuticos na fobia social. Ainda que a exposição, enquanto componente “separado” do treino de aptidões sociais não estivesse presente, não ficaria claro se os resultados não poderiam dever-se ao componente de exposição que ocorre nos *roleplays* a que o treino recorre (Herbert & Cardaciotto,

⁵ A propósito desta questão, Spence e colaboradores (1999) referem que, sendo o seu estudo transversal, não era possível saber a direcção da relação entre auto-percepções enviesadas (que também encontraram no seu estudo) e défice de aptidões sociais.

⁶ Beidel e colaboradores (1999) foram os únicos que observaram a criança no contexto escolar, não sendo claro, no entanto, se esse seria ou não um contexto não-ameaçador...

2005), ou ao facto de a percepção de possuir melhores aptidões depois do treino (ainda que antes já as possuíssem) reduzir a ansiedade e melhorar o desempenho. De acordo com este raciocínio, Garcia-Lopez e colaboradores (2002, 2006a), ao compararem resultados de tratamento do SET-Ave, CBGT-A e IAFS, verificaram que a SET-Ave, condição que inclui maior número de sessões e horas dedicadas ao treino de aptidões sociais (8 das 12 sessões), obteve um tamanho de efeito semelhante ao das outras duas condições.

Em face do exposto, não incluímos nenhum componente de treino de aptidões sociais no nosso protocolo, concordando com Clark e Wells (1995) de que a terapia deve ser orientada para a desconfirmação de auto-avaliações e crenças negativas e não para o treino de aptidões, bem como com Cartwright-Hatton e colaboradores (2003) de que efectuar treino de aptidões sociais a quem acredita já, erradamente, não possuir essas aptidões seria reforçar essa crença. Pelo contrário, através da forma como fizemos desenrolar as experiências comportamentais (incluindo o facto de apenas solicitarmos que os adolescentes digam o que fariam se não utilizassem os comportamentos de segurança que utilizam, de não fornecermos instruções acerca do comportamento que devem adoptar e de apenas recomendarmos a desistência do auto-foco e dos comportamentos de segurança), procurámos confrontar os adolescentes com o facto de já possuírem as aptidões necessárias a um bom desempenho em várias situações sociais, o que só não é evidente pelos evitamentos que fazem, comportamentos de segurança que utilizam e enviesamentos cognitivos típicos. Aperceberem-se disso dar-lhes-ia um sentido de poder (*empowerment*) e uma nova perspectiva de si próprios – “quando estou com os outros, basta ser eu próprio”, o que, aliás, deu nome ao programa - “Ser Eu Próprio entre os Outros”.

O facto de não contemplarmos este treino não significa que não possam existir indivíduos com fobia social e défice de aptidões sociais. O que considerámos foi que, não sendo claro se tal défice existe ou não e se o treino de aptidões é ou não eficaz para contribuir para a redução das dificuldades associadas à fobia social, optaríamos por utilizar o tempo de terapia para trabalhar outros aspectos de uma maneira que, acreditávamos, seria mais vantajosa, assumindo o risco de que esta opção poderia, teoricamente, diminuir a probabilidade de encontrarmos resultados de tratamento.

5. Abordagem da ansiedade aos testes e a outras avaliações escritas ou orais

A ansiedade excessiva em situações avaliativas, nomeadamente na realização de testes, exames e apresentações orais, é uma das condições mais prevalentes em crianças e adolescentes (Beidel & Turner, 1988; McDonald, 2001). Apesar disso, a investigação e, mais ainda, a abordagem terapêutica desta condição não parece acompanhar esta prevalência. Efectivamente, embora sendo considerada um subtipo de ansiedade social, a atenção tem sido centrada no “falar em público” elaborando discursos sobre determinados temas, mas não necessariamente voltado para situações escolares ou académicas, em que, efectivamente, existe um componente de avaliação, nomeadamente realização de testes ou provas escritas e apresentação de trabalhos.

A ansiedade aos testes ou a outras situações de desempenho é mais um exemplo do processo de alarme envolvido na antecipação ou confrontação com uma situação que se percebe como “perigosa”, por se considerar a situação como muito difícil e como excedendo as capacidades ou recursos percebidos para lidar com ela (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Zeidner, 1998). Os teóricos da ansiedade de avaliação referiam já que as suas principais manifestações envolviam preocupações a propósito de um possível desempenho negativo e das suas consequências (referente à avaliação dos outros ou a consequências para o seu futuro) e elevados níveis de emocionalidade (manifestado por uma activação fisiológica aumentada) (Liebert e Morris, 1967).

Beck e colaboradores referem que, enquanto continua a tentar lidar com a situação e, por exemplo, resolver o teste, o indivíduo tem que lidar com avisos contínuos, previsões e auto-avaliações negativas (e.g., “não percebo nada disto”, “não vou conseguir acabar a tempo”, “os meus colegas são mais inteligentes do que eu”). Esta visão coincide com a do modelo de interferência cognitiva (Sarason, 1988; Sarason, Pierce, & Sarason, 1996; Vasey & Daleiden, 1996; Wine, 1971) que explica o desfasamento entre capacidades e desempenho, referindo que crianças e adolescentes com elevada ansiedade de desempenho dividem a sua atenção entre as exigências da tarefa e outras actividades cognitivas irrelevantes para a tarefa (e.g. auto-avaliações negativas, pensamentos relacionados com as consequências de um fracasso, comparações com os outros, atenção à activação fisiológica), bloqueando nas situações de avaliação e sendo incapazes de aceder à informação retida⁷. De facto, estudos efectuados neste âmbito têm demonstrado o efeito negativo que a ansiedade excessiva em situações de desempenho tem sobre ele, sobretudo a nível académico (Cruz, 1989; McDonald, 2001; Prins & Hanewald, 1997; Seipp, 1991), quando, na maioria dos casos, os indivíduos possuem os conhecimentos necessários para a realização eficaz das tarefas.

Beck e colaboradores (1985) concluem que o indivíduo presume que tem que provar o seu valor, esconder os supostos defeitos e ignorância, ao mesmo tempo que supõe que os outros estarão à espera de revelar a sua estupidez e ignorância, reparando em qualquer deslize, falha ou sinal de nervosismo para o humilhar. Imagina estas consequências a curto prazo, bem como consequências a mais longo prazo. Esta actividade cognitiva irrelevante para a tarefa desvia a sua atenção, para além de que, ao tentar proteger-se, prejudica a sua imagem. Sendo primariamente uma preocupação com uma avaliação negativa, trata-se pois de uma situação de fobia social, tal como é descrita pelo DSM.

A partir da informação anterior, e considerando também a nossa experiência clínica, decidimos conceptualizar estas situações de desempenho de acordo com o modelo de Clark e Wells (1995), como se de outra situação social se tratasse. Assim, por exemplo, abordámos o processamento antecipatório que ocorre antes de um teste, o processamento situacional, sentimentos, sintomas, auto-focus e comportamentos de segurança e o processamento pós-situacional, já depois do teste acabar. Estes factores foram relacionados da mesma forma que em qual-

⁷ Não pretendendo abordar os modelos explicativos da ansiedade aos testes, remetemos o leitor para a revisão de Melo (2006).

quer outra situação, enfatizando o facto de as ligações entre eles manterem e reforçarem o problema (e.g., se, porque tem receio da possível avaliação negativa do professor por escrever uma tolice como resposta, opta por não escrever nada, isso reflectir-se-á na nota – se não responde também não acerta –, reforçando a sua visão de incompetência; se está focado no que está a sentir ou a pensar – irrelevante para a tarefa – a sua atenção na tarefa estará reduzida, não permitindo aceder à informação que recolheu durante o estudo e isso reflectir-se-á no desempenho, mais uma vez reforçando a sua sensação de incompetência). Também, mais uma vez, as estratégias terapêuticas foram as mesmas que para qualquer outra situação – não desafiar pensamentos antecipatórios ou situacionais, mas dirigir a atenção para a tarefa cortando o auto-foco, aceitar sentimentos e sintomas de ansiedade, desistir de comportamentos de segurança e aceitar, sem criticar, desempenhos menos bem conseguidos.

6. Outras características do novo protocolo terapêutico

A par com as orientações que acabamos de apresentar, descrevemos agora outras características do novo protocolo que nos parecem importantes para compreender a sua estrutura.

6.1. Intervenção em grupo

Quando colocámos a ideia de um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social, uma das primeiras opções a tomar foi se a intervenção seria realizada em grupo ou individualmente. Vários autores abordam este assunto, apontando as vantagens e desvantagens de ambas as modalidades (e.g., Hope, Heimberg & Turk, 2006). A principal desvantagem de uma intervenção em grupo prende-se com a menor atenção que é dedicada à abordagem das dificuldades particulares de cada indivíduo, comparativamente a uma terapia individual. Atendendo a que o novo protocolo visava basear-se grandemente em conceptualizações idiossincráticas (o que requer bastante tempo) e na exploração de temas e crenças específicos de cada adolescente, parecia que talvez uma abordagem individual fosse a mais indicada. Para além disso, dois estudos (Mortberg, Clark, Sundin, & Aberg Wistedt, 2007; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003) haviam concluído que a terapia cognitivo-comportamental baseada no modelo de Clark e Wells (1995) demonstrava melhores resultados como terapia individual, do que em formato de grupo.

No entanto, uma intervenção em grupo na fobia social tem também várias vantagens: (1) o grupo tem o poder de normalizar a experiência de ansiedade social e facilitar o contacto com outros que têm pensamentos e sentimentos semelhantes, proporcionando o “alívio” de perceberem que existem outras pessoas com as mesmas dificuldades e que “parecem normais”; (2) o grupo é um poderoso *setting* para trabalhar os medos de exposição, uma vez que estar com um grupo de estranhos activa os medos comuns (o que pode não acontecer na terapia individual pela familiaridade que o doente tem com o terapeuta); (3) é fácil simular, em grupo, exposições das situações temidas (e.g., apresentar um trabalho, *roleplays* de situações problemáticas); (4) existe a possibilidade de os elementos do grupo darem *feedback* uns aos outros acerca do seu comportamento, o qual, muitas vezes, é mais credível do que o do terapeuta; (5) os elementos do grupo podem encorajar-se e apoiar-se uns aos outros e aprenderem através das ten-

tativas de outros de ultrapassar as mesmas dificuldades; (6) uma intervenção em grupo é mais eficiente, em termos de tempo e custos.

Considerando o exposto, e uma vez que se tratava de um tratamento para a fobia social generalizada⁸, optámos por uma intervenção em grupo, mantendo presente que essa escolha poderia interferir com os dados de eficácia do programa. Para diminuir esta probabilidade, realizámos algumas sessões individuais para abordar certos temas (e.g., a auto-crítica) e mantivemos a possibilidade de realizar pequenas sessões individuais quando fosse necessário e importante abordar assuntos ou particularidades que não era possível abordar no grupo.

6.2. Número de sessões

Tomando em conta o que foi anteriormente dito em relação às limitações de uma intervenção em grupo, e considerando a abordagem idiossincrática que pretendíamos fazer, elaborámos um protocolo mais alargado em termos de número de sessões e duração. Esta opção teve ainda outras justificações. Por um lado, para assegurar uma boa compreensão, queríamos abordar o modelo experiencialmente, o que requer mais tempo do que, simplesmente, efectuar a psicoeducação fornecendo informação directamente. Por outro, queríamos abordar a maioria das situações que, com mais frequência, desencadeiam ansiedade social e ter tempo suficiente para que cada um se envolvesse no número suficiente de experiências comportamentais, principalmente, fora do gabinete. Mais ainda, sabíamos por experiência clínica na abordagem individual da fobia social que a utilização do *video-feedback*, tal como o pretendíamos realizar, consumiria um tempo considerável.

Por fim, alguns estudos e meta-análises de tratamentos cognitivo-comportamentais para a fobia social na infância e adolescência revelaram que a intensidade da intervenção apresentava uma relação positiva com a eficácia (e.g., Gallagher, Rabian, & McCloskey, 2004; Olivares, Rosa, *et al.*, 2002; Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar, & Olivares-Rodriguez, 2008), pelo que a opção de incluir um maior número de sessões numa primeira abordagem do protocolo nos pareceu razoável.

6.3. Envolvimento de pais e professores

Dada a investigação e teoria respeitante ao papel da ansiedade dos pais e da influência das práticas parentais e aprendizagem observacional no desenvolvimento e manutenção da ansiedade em crianças, seria de esperar que os resultados do tratamento das perturbações de ansiedade melhorassem com o envolvimento dos pais no tratamento. Não obstante, a investigação não é consensual neste ponto. Embora haja investigação que aponta para melhores resultados em condições de tratamento que envolvem os pais (Barrett, 1998; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996), outros não encontraram diferenças entre o tratamento conduzido apenas com a criança e o tratamento com a criança e com envolvimento parental (Heyne *et al.*, 2002; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000). No que respeita à fobia social, não temos conhecimento de estudos que investiguem a diferença da eficácia do tratamento de adolescentes com ou sem envolvimento parental.

⁸ As fobias sociais específicas seriam mais eficazmente trabalhadas individualmente.

No entanto, foram várias as razões que nos levaram a optar pela inclusão dos pais no tratamento da fobia social do(a) seu(sua) filho(a) adolescente. Uma primeira razão prende-se com o facto de os adolescentes viverem e dependerem dos pais. Isso faz com que estes possam ser fontes de avaliação e com que seja legítimo que queiram, de alguma maneira, estar envolvidos no processo terapêutico dos filhos. Por outro lado, é frequente os pais fazerem parte do ciclo de ansiedade ao fornecer tranquilização, permitir ou encorajar o evitamento ou irritar-se devido à ansiedade expressada e aos evitamentos levados a cabo pelo(a) filho(a). Assim, no nosso protocolo, decidimos envolver os pais, como informadores e colaboradores (não como co-clientes), nomeadamente, para promoverem situações de exposição ou desistirem de comportamentos que podem estar a reforçar as dificuldades.

Este envolvimento decorreu em sessões só com os pais de cada adolescente. Por um lado, considerando a independência uma tarefa característica da adolescência, manter as sessões de grupo sem a presença dos pais mantinha a independência dos adolescentes no processo e nos planos de tratamento do grupo e não afectava a sua participação. Por outro lado, sessões apenas com os pais proporcionavam uma maior flexibilidade para marcar os encontros e mais tempo para abordar com cada um aspectos idiossincráticos.

Quanto ao envolvimento de professores, considerámos que estes poderiam também fornecer informação acerca do funcionamento do adolescente no contexto académico, bem como ser colaboradores valiosos em situações de desempenho escolar, pelo que decidimos tentar contar também com a sua colaboração.

6.4. Tratamento manualizado

Os tratamentos manualizados têm sido alvo de discórdia na literatura. Mesmo partilhando da mesma orientação teórica, por vezes, os psicólogos discordam acerca da importância de implementar um tratamento utilizando um manual. Os que defendem o seu uso apresentam como razões o aumento da probabilidade de o tratamento ser aplicado de uma forma que comprovadamente é eficaz para diagnósticos semelhantes, a maior facilidade na avaliação e comparação da eficácia de tratamentos, a facilitação de treino de terapeutas e a mais fácil disseminação do tratamento (Eifert, Schulte, Zvolensky, & Lau, 1997; Moncher & Prinz, 1991; Moras, 1993; Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993). Os críticos baseiam-se na assumpção de que os manuais envolvem uma abordagem rígida e rotineira do tratamento (Seligman, 1995), focando-se demasiado em aspectos mais estruturais e topográficos do comportamento e deixando pouco espaço para formulações mais idiossincráticas e análises funcionais (Scotti, Evans, Meyer, & Walker, 1991) e afectando negativamente a relação terapêutica. Kendall e colaboradores (Kendall, Chu, Gifford, Hayes, & Nauta, 1998) consideram que existe um meio-termo entre a completa liberdade de um tratamento sem estrutura e a aderência rígida a todos os detalhes de um manual de tratamento. Este meio-termo considera o manual como um guia, que pode ser flexível, que deixa lugar à criatividade do terapeuta e à consideração das características e necessidades individuais dos doentes, recomendando a “flexibilidade adentro da fidelidade” (Kendall, Gosch, Furr, & Sodd, 2008). Os autores defendem que uma abordagem flexível

de um tratamento manualizado implica o conhecimento, por parte do clínico, do modelo que serve de base ao tratamento (e não apenas de técnicas específicas), bem como do processo de criação de uma boa comunicação e aliança terapêutica.

Considerando as vantagens da existência de um manual e o objectivo de estudar a eficácia terapêutica de um novo protocolo de intervenção, optámos por manualizar o protocolo, tendo em conta, durante a intervenção, a importância da flexibilidade e criatividade ditada pelos objectivos da sessão e pelas características e necessidades dos adolescentes envolvidos no grupo.

Síntese

No capítulo que agora terminamos, tentámos apresentar as razões que motivaram a construção do novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social, bem como as principais linhas orientadoras e características desse programa.

Considerando as vantagens e desvantagens de uma intervenção em formato grupal, optámos por seguir este formato na maioria das sessões, mantendo outras em formato individual e dando oportunidade de realizar pequenas sessões individuais, se isso se justificasse. Para além destas sessões realizadas com os adolescentes, foram também realizadas sessões com pais e professores, para aproveitar o potencial de informação e a possível colaboração de ambos para alargar a intervenção a uma maior variedade de contextos.

A base conceptual e estrutural das sessões foi o modelo de Clark e Wells. Abordando todos os factores de manutenção sugeridos pelo modelo, aos quais demos uma conotação positiva em termos de defesa e protecção, dedicámos uma ênfase particular à utilização do *video-feedback* e à realização de experiências comportamentais dentro e fora do gabinete, salientando o corte do auto-focus e a desistência de quaisquer comportamentos de segurança. Às situações habitualmente abordadas, acrescentámos situações de desempenho escolar (testes e apresentações de trabalhos), por se tratar de situações altamente relevantes para a população em causa.

No entanto, ao adoptar este modelo fizemos algumas alterações relativamente ao proposto por Clark e Wells, que nos pareceram importantes para maximizar os resultados terapêuticos. Por um lado, optámos por iniciar o trabalho relativo às crenças numa fase mais precoce da intervenção. Por outro lado, não incluímos técnicas de desafio e substituição de cognições, optando por dar maior relevância à informação desconformatória proveniente das experiências comportamentais.

Associado a esta decisão, adoptámos alguns conceitos e estratégias derivados da Terapia de Aceitação e Compromisso para facilitar a compreensão do funcionamento humano e promover a mudança no sentido desejado. Nomeadamente, baseámo-nos nos conceitos de fusão cognitiva, evitamento experiencial e valores para promover a separação entre a experiência interna e a realidade, trabalhar no sentido de aceitar essa mesma experiência interna e envolver-se em situações ligadas a valores de vida.

Considerando o facto de os adolescentes com fobia social manifestarem muitas vezes diálogos internos extremamente auto-críticos, recorreremos ao modelo e Terapia Focada na Compaixão, de Gilbert, para abordar esse aspecto.

Ao contrário de todos os protocolos de intervenção na fobia social em crianças e adolescentes existentes até ao momento, resolvemos ainda tomar em consideração a investigação que não su-

porta a existência de défices de aptidões sociais, e não incluímos no nosso protocolo qualquer componente com este objectivo, acreditando que estas aptidões se tornariam evidentes, bastando dirigir a atenção para o exterior e não recorrer a comportamentos de segurança.

Finalmente, optámos por construir um manual em que tentámos apresentar os objectivos e sessões do novo protocolo, ainda que conscientes de que seria difícil colocar num manual toda a riqueza de interacções que se desenrolam numa intervenção terapêutica. Este manual – “Ser Eu Próprio entre os Outros” - encontra-se em anexo.

C

ONTRIBUIÇÃO PESSOAL

CAPÍTULO



Capítulo 5

Objectivos, hipóteses e metodologia geral

1. Objectivos gerais e hipóteses

1.1. Objectivos gerais

Cada vez mais a fobia social tem vindo a ser alvo de investigação. Esta investigação é mais numerosa com populações adultas, mas tem vindo a presenciar um interesse aumentado na população infanto-juvenil. Nos adultos, a investigação recente sobre fobia social tem-se reflectido em modelos de conceptualização mais actuais e em programas de intervenção consonantes com esses modelos, numa tentativa clara de aumentar a eficácia do tratamento. A comprová-lo, estão os inúmeros estudos de resultados de tratamento de que dispomos até ao momento.

No entanto, quando nos debruçamos sobre o mesmo tema numa população adolescente, constatámos que muitos dos novos conceitos e estratégias terapêuticas continuavam a não figurar (ou a não figurar sistematicamente) nos programas de intervenção. Esta lacuna pareceu-nos ainda mais importante pela componente clínica presente no nosso quotidiano e pelo facto de, do nosso conhecimento, não existir em Portugal nenhum estudo de resultados com um programa para a população adolescente com fobia social.

Desta forma, considerando as linhas orientadoras que descrevemos no capítulo 4, decidimos elaborar um novo protocolo de intervenção que contemplasse aspectos mais actuais oferecidos pela investigação.

Por esta razão, o objectivo principal deste trabalho consistiu no desenvolvimento e estudo de resultados de tratamento deste novo protocolo para adolescentes com fobia social generalizada, consoante as hipóteses que apresentamos a seguir.

Ao começarmos a reunir a amostra de adolescentes com fobia social generalizada, deparámo-nos com diversos casos de fobia social circunscrita a situações de avaliação escolar. Assim, aproveitando a amostra que se nos oferecia, decidimos alargar o nosso estudo e sistematizar a recolha de três grupos de adolescentes (adolescentes com fobia social generalizada, adolescentes com fobia social em situações de desempenho escolar e adolescentes sem psicopatologia), para levar a cabo uma caracterização da fobia social e destes dois subtipos.

1.2. Hipóteses

Estudo 1. Caracterização da fobia social

Relativamente ao estudo dos subtipos, não desenvolvemos hipóteses específicas. Interessava-nos estudar se haveria diferenças entre o subtipo generalizado e o subtipo específico a situações de desempenho escolar, e entre estes e o grupo normal, em alguma das variáveis que definimos para o seu estudo: variáveis clínicas, variáveis de relações interpessoais, variáveis relacionadas com ansiedade social ou variáveis temperamentais, sociais e familiares.

Estudo 2. Resultados de tratamento

A. Hipóteses relativas ao grupo de Lista de Espera

No que diz respeito à comparação entre os dois momentos de avaliação do grupo de lista de espera, esperávamos os seguintes resultados:

a) Nenhuma diferença significativa entre os dois momentos de avaliação, em nenhuma das variáveis em estudo.

B. Hipóteses relativas ao grupo de Tratamento

B.1. Hipóteses relativas às diferenças globais, na comparação entre o pré-tratamento e o pós-tratamento

Relativamente ao estudo de resultados no pós-tratamento, comparativamente ao pré-tratamento, em termos de diferenças globais, esperávamos os seguintes resultados:

- a) Redução significativa dos valores de interferência das dificuldades;
- b) Diminuição significativa na variável de comorbilidade;
- c) Reduções significativas em todas as variáveis relacionadas com ansiedade social: Inventário de Ansiedade aos Testes (TAI), Reações aos Testes (RT), Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA), Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais (ECSSSA) e Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS e SDS-pais);
- d) Reduções significativas dos valores de ansiedade (avaliados pela Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças - RCMAS) e de depressão (avaliados pelo Inventário de Depressão para Crianças - CDI);
- e) Não existência de diferenças significativas nas variáveis de temperamento e familiares: Inventário de Ameaça Parental (PTI), Memórias de Infância (EMBU), Inventário de Vinculação para Adolescentes (IPPA) na versão para o pai e para a mãe;
- f) Aumento significativo na variável de vinculação aos amigos (Escala de Vinculação para Adolescentes, na versão para os amigos) e de comparação social (Escala de Comparação Social - SCS).

B.2. Hipóteses relativas ao significado clínico, na comparação pré-tratamento – pós-tratamento

No pós-tratamento, agora no que se refere às variáveis que definimos para avaliar o significado clínico da mudança, esperávamos:

- a) Redução significativa da percentagem de adolescentes com critérios para fobia social;
- b) Aumento significativo nas variáveis interpessoais, referentes à quantidade de amigos, número de melhores amigos e actividades extra-curriculares;
- c) Reduções significativas nas variáveis interpessoais, respeitantes à dificuldade em fazer amigos e dificuldade em manter amigos;
- d) Redução significativa na percentagem de adolescentes acima do ponto de corte, nas variáveis Reacção aos Testes (RT), Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), Escala de Ansiedade Social e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS e SDS–Pais);
- e) Avaliação das dificuldades actuais efectuada pela maioria dos adolescentes situada nos 3 primeiros níveis da escala de resposta – entre “deixaram de ser um problema para mim” e “são um problema ligeiro para mim”;
- f) Avaliação das dificuldades actuais da maioria dos adolescentes, efectuada pelo terapeuta, situada nos 3 primeiros níveis da escala de resposta – entre “deixaram de ser um problema para ele” e “são um problema ligeiro para ele”;
- g) Classificações da melhoria da qualidade de vida situadas, em média, acima do ponto 5 da escala de resposta;
- h) Reduções significativas dos diagnósticos comórbidos;
- i) Reduções significativas das percentagens de adolescentes acima do ponto de corte nas escalas de ansiedade e depressão.

B.3. Hipótese relativas ao estudo longitudinal de 4 medidas no tempo

Neste estudo longitudinal, as hipóteses específicas foram:

- a) Não existência de diferenças estatisticamente significativas, do início da lista de espera para o pré-tratamento, nas seguintes medidas: interferência, subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS) e seu valor médio, número de medos sociais, total do Reações aos Testes (RT), total e valor do factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A, média das duas subescalas da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais (EAESSA), total da Escala de Comportamentos de Segurança (ECSSSA) e total da Escala de Comparação Social (SCS).
- b) Reduções estatisticamente significativas entre o pré e o pós-tratamento, nas variáveis de interferência, subescalas da SDS e seu valor médio, número de medos sociais, total do RT, total e valor do factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A, média das duas subescalas da EAESSA, total da ECSSSA e total da SCS.
- c) Não existência de diferenças estatisticamente significativas, entre a avaliação no pós-tratamento e a avaliação do *follow-up*, nas variáveis interferência, subescalas da SDS e seu valor médio, número de medos sociais, total do RT, total e valor do factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A, média das duas subescalas da EAESSA, total da ECSSSA e total da SCS.

B.4. Hipótese relativas ao estudo do follow-up de 3 meses

Atendendo ao reduzido tempo de *follow-up*, apenas esperávamos:

- a) Não existência de diferenças significativas entre as medidas no pós-tratamento e no

follow-up de 3 meses, nas variáveis de interferência, medos sociais, SAS-A total e SAS-A medo de avaliação negativa, EAESSA, ECSSSA e SCS.

C. Hipóteses relativas aos possíveis factores de influência nos resultados de tratamento

- a) Existência de uma associação estatisticamente significativa, entre a comorbilidade e os resultados de tratamento;
- b) Existência de uma associação estatisticamente significativa, entre a sintomatologia depressiva (avaliada pelo Inventário de Depressão para Crianças - CDI) e os resultados de tratamento.
- c) Existência de estabilidade na mudança, nas posições dos sujeitos, na medida de interferência entre o pré e o pós-tratamento.

D. Hipóteses relativas à avaliação subjectiva do programa terapêutico

Finalmente, na avaliação subjectiva do programa, esperávamos encontrar

- a) Valores elevados (entre 7 e 10) de adesão, motivação, “gozo” e interesse no programa;
- b) Elevado grau de satisfação com o programa e com os terapeutas (entre 7 e 10);
- c) Impacto elevado (entre 7 e 10) do programa na redução da ansiedade e do evitamento e no aumento da qualidade de vida;
- d) Diferenças de, pelo menos, 2 pontos, nas classificações médias de componentes do programa avaliados como mais úteis;
- e) Item relativo à substituição de pensamentos automáticos avaliado com classificações baixas de utilidade (inferiores a 5);
- f) Classificação elevada (entre 7 e 10) no item referente à recomendação do programa a um amigo.

2. Metodologia geral

2.1. Amostra

2.1.1. Selecção da amostra

A amostra do presente estudo teve duas origens diferentes: (1) adolescentes que recorreram ou foram encaminhados para consulta de psicologia clínica privada, por dificuldades interpessoais; (2) adolescentes recolhidos em instituições de ensino semiprivadas da área de Coimbra.

Adolescentes que recorreram a consulta psicológica

Com estes adolescentes, era iniciada a avaliação clínica, através da recolha da história clínica (dificuldades actuais, início e desenvolvimento das dificuldades e história de desenvolvimento), passagem dos questionários da investigação e realização da entrevista de diagnóstico (ADIS-C). Constatando-se um diagnóstico principal de fobia social, era apresentado aos adolescentes e aos pais a possibilidade de a intervenção terapêutica ser efectuada em grupo, no contexto de uma investigação clínica e, por esse motivo, gratuita, explicando-se-lhes os seus objectivos e formato. Na sequência deste processo, 13 adolescentes foram diagnosticados com fobia social generalizada e concordaram com a intervenção terapêutica.

Adolescentes recolhidos em instituições de ensino

Relativamente aos adolescentes recolhidos em instituições de ensino, depois de um contacto inicial informal com as psicólogas dessa instituição, foi obtida autorização do(a) director(a) para aí seleccionar parte da amostra nas turmas de 10º, 11º e 12º anos. De acordo com o objectivo de obter 3 grupos na amostra (fobia social generalizada – FSG, fobia social específica a situações de desempenho escolar - FSESDE, e grupo normal – N), foi depois solicitado a psicólogas e directores de turma que sinalizassem e encaminhassem para a investigadora, tanto alunos com ansiedade no contexto interpessoal ou de desempenho escolar, como alunos que considerassem não apresentar níveis significativos de ansiedade. Paralelamente, foi efectuado nas turmas de 10º, 11º e 12º anos um esclarecimento acerca da ansiedade e dos medos mais comuns na adolescência, apresentando-se o estudo e os seus objectivos e solicitando a participação voluntária de alunos interessados em participar. Nesta solicitação, explicava-se a necessidade de recolher alunos que experienciavam níveis de ansiedade consideráveis em contextos de avaliação escolar e/ou de interacção social e de alunos “não-ansiosos”.

Os alunos que, indicados ou voluntários, concordassem participar assinavam uma declaração de consentimento e levavam uma outra para trazerem assinada pelo encarregado de educação.

Aos alunos assim seleccionados, eram explicados novamente os objectivos do estudo, procedimentos de avaliação e possibilidade de receber ajuda gratuita, no caso de se identificarem dificuldades significativas. A avaliação era iniciada com a identificação das dificuldades actuais (no caso de existirem), preenchimento dos questionários de auto-resposta (que eram posteriormente discutidos com o avaliador) e passagem da ADIS-C. Com os adolescentes a quem se diagnosticasse uma fobia social generalizada era, ainda, recolhida informação acerca da história de desenvolvimento.

Como **critérios de inclusão** de alunos com fobia social generalizada ou fobia social específica a situações de desempenho escolar, considerámos: ter como diagnóstico principal o diagnóstico de fobia social; a gravidade desta perturbação ser de, pelo menos, 5 na classificação do clínico na ADIS-C¹. Para além disso, para seleccionar alunos para o grupo de fobia social específica a situações de desempenho escolar, era necessário que estes manifestassem ansiedade e evitamento, quer em situação de testes, quer em apresentação de trabalhos, e que não apresen-

¹ A decisão de considerar 5 (e não 4) como valor mínimo de gravidade como critério de inclusão prendeu-se com o facto de querermos assegurar que as dificuldades apresentadas eram consideravelmente interferentes. Por um lado, dada a frequência e variabilidade de medos sociais na adolescência e a possibilidade de sobrevalorização destes medos num determinado momento de vida, queríamos reduzir a possibilidade de se tratar de dificuldades transitórias, que poderiam remitir nos próximos meses. Por outro lado, recolher adolescentes em contextos não clínicos pode, muitas vezes, implicar graus de gravidade e interferência inferiores aos dos sujeitos que recorrem à clínica. Assim sendo, ao incluir na amostra sujeitos que recorriam à clínica e sujeitos recolhidos na escola, corria-se o perigo de obter uma amostra não homogénea, relativamente à gravidade. No caso de a amostra vir a ser maioritariamente composta por adolescentes recolhidos das escolas, o facto de a gravidade ou interferência ser pouco elevada poderia interferir com a possibilidade de generalização dos resultados obtidos a amostras clínicas, uma vez que estas, tendencialmente, apresentam valores de gravidade e interferência superiores (Kazdin, 2000; Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995).

tassem valores elevados de ansiedade na interação social e na interferência que essa ansiedade implicava (gravidade dos medos em situações de interação social da ADIS-C <4, interferência medida pela Escala de Incapacitação de Sheehan <5 na área social e afectiva).

Como **critérios de exclusão**, considerámos: (1) ter outro diagnóstico principal que não fobia social, embora a fobia social pudesse ser um diagnóstico adicional; (2) apresentar apenas medos sociais sub clínicos ou com gravidade 4 na classificação do clínico, efectuada na ADIS-C; (3) ter acompanhamento psicológico ou psicofarmacológico; (4) apresentar apenas ansiedade em contexto de testes ou apenas em contexto de apresentação de trabalhos; (5) apresentar um diagnóstico de depressão major, perturbação do comportamento, perturbação de défice de atenção e hiperactividade ou abuso de substâncias. A exclusão de alunos com os diagnósticos indicados prendeu-se com o facto de poderem representar um factor de disrupção para o grupo ou de, pela nossa experiência e de acordo com as recomendação de Albano (1995), poder ser necessário o recurso a uma intervenção psicológica dirigida a essas dificuldades ou o recurso a medicação, antes de iniciada uma intervenção para as dificuldades sociais. No entanto, para garantir a possibilidade de generalização dos dados, e considerando a enorme comorbilidade da fobia social com outras perturbações, foram permitidos outros diagnósticos secundários comórbidos, nomeadamente, outras perturbações de ansiedade. No caso de existirem perturbações comórbidas, e para considerarmos ainda a fobia social como diagnóstico principal, as perturbações comórbidas que existissem não poderiam ter índices de gravidade superiores ao da fobia social.

Para incluir alunos na amostra de **controlo normal**, o critério era não apresentarem qualquer tipo de diagnóstico.

No total, 114 alunos iniciaram a avaliação, sendo que 19 não chegaram a terminá-la por terem, entretanto, desistido. Dos 95 que terminaram a avaliação, 40 foram excluídos por diversas razões: 20 por apresentarem medos sociais sub clínicos ou fobia social com gravidade 4; 6 por manifestarem ansiedade apenas em situações de teste ou de apresentação de trabalhos; 6 por apresentarem fobia social em situações de desempenho escolar, mas também medos relativamente elevados de ansiedade em contextos de interação social; 4 por apresentarem outros diagnósticos principais (1 Luto Patológico; 1 Ansiedade Generalizada; 2 Fobias Específicas); e 4 por apresentarem comorbilidade com diagnósticos que faziam parte dos critérios de exclusão (3 Perturbações de Déficit de Atenção/Hiperactividade, dos quais 2 medicados; 1 Depressão).

Os alunos excluídos, por apresentarem outros diagnósticos principais, foram aconselhados a procurar ajuda especializada.

Dos 55 adolescentes que preenchiam critérios para serem incluídos num dos 3 grupos da amostra, 14 apresentavam uma fobia social generalizada, 19 uma fobia social específica a situações de desempenho escolar e 22 não apresentavam qualquer diagnóstico.

Dos 14 adolescentes que apresentavam fobia social generalizada, todos se manifestaram interessados em seguir o protocolo terapêutico; no entanto, por motivos contextuais vários, 9 acabaram por não o fazer, pelo que apenas 5 iniciaram a intervenção grupal. Destes 9, 6 cujas características demográficas e grau de gravidade da fobia social generalizada mais se asseme-

lhavam aos 18 que iriam seguir para tratamento foram mantidos como grupo de lista de espera e utilizados como controlo.

Dos 19 alunos com fobia social específica a situações de desempenho escolar e dos 22 alunos sem qualquer diagnóstico, foram seleccionadas os 18 de cada grupo cujas características demográficas mais se assemelhavam às dos 18 adolescentes da amostra de fobia social generalizada.

Uma vez que apenas os adolescentes com fobia social generalizada que cumpriam os critérios de inclusão foram seleccionados para seguir em tratamento, pareceu-nos correcto proporcionar aos restantes adolescentes que expressaram dificuldades alguma compreensão e ajuda dessas mesmas dificuldades. Assim, para todos os adolescentes com ansiedade elevada em situações de desempenho escolar que o desejassem (incluindo os 18 da amostra de fobia social específica a situações de desempenho escolar e os excluídos por qualquer motivo), foram realizadas 3 sessões de cerca de 90 minutos cada. Nessas sessões, foi explicado o modelo da ansiedade e o modelo específico da ansiedade social, cada adolescente preencheu um modelo idiossincrático para as situações específicas de ansiedade (testes e/ou apresentação de trabalhos) e foram fornecidas, explicadas e discutidas estratégias para melhor lidar com essas situações, considerando mudanças nos vários factores de manutenção, de acordo com o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) (processamento antecipatório, situacional e pós-situacional, auto-focus e comportamentos de segurança).

Apresentamos, em seguida, a Figura 5.1. para melhor se compreender o resultado dos passos sequenciais de selecção da amostra.

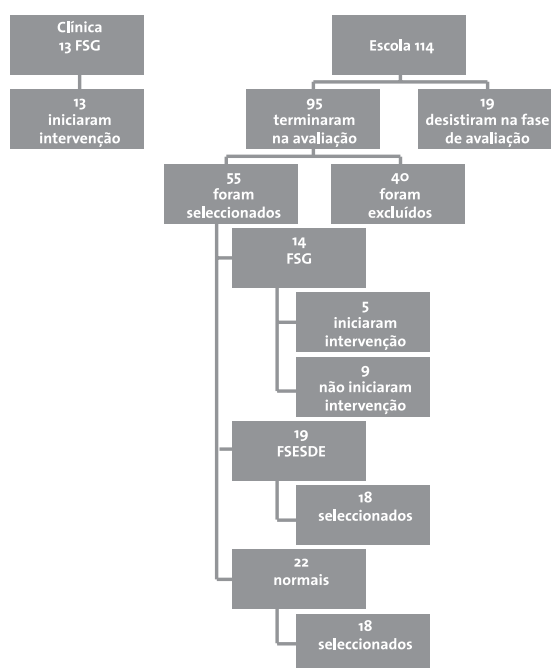


Fig. 5.1. Sequência de selecção da amostra

2.1.2. Constituição da amostra

A partir dos procedimentos anteriormente descritos, a amostra total ficou constituída por 24 adolescentes com fobia social generalizada, 18 adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar e 18 adolescentes sem qualquer diagnóstico. Destes 60, 20 pertenciam ao sexo masculino (33.33%) e 40 ao sexo feminino (66.67%) e a média de idades foi de 15.95. Vinte e três sujeitos (54.76%) dos dois grupos clínicos apresentavam quadros comórbidos com a fobia social.

Como os estudos efectuados utilizaram sub-amostras diferentes, caracterizaremos essas amostras em pormenor quando os respectivos estudos forem descritos.

2.2. Instrumentos utilizados

Descrevemos, em seguida, os vários instrumentos utilizados na investigação e que serão mencionados nos vários estudos que apresentaremos na secção dos Resultados. No final desta descrição, apresentamos um quadro com informação abreviada acerca de cada instrumento (Quadro 5.1.).

Como os critérios de inclusão (ou exclusão) foram critérios clínicos, ou seja, a presença ou ausência de diagnósticos, utilizámos para a determinação do diagnóstico a Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência – ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a).

Como medidas de ansiedade aos testes, utilizámos o Inventário de Ansiedade aos Testes – TAI (Spielberger *et al.*, 1980) e o Reações aos Testes - RT (Sarason, 1984).

Para obter informação relacionada com ansiedade social, utilizámos a Escala de Ansiedade Social para Adolescentes – SAS-A (La Greca & Lopez, 1998), a Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes – EAESSA (M. Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004), a Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes – EPASSA (Salvador, Pinto-Gouveia, & Cunha, em preparação), a Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes – ECSSSA (Salvador, Cunha, & Pinto-Gouveia, em preparação), a Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social – SDS (Sheehan, 1983).

Com o objectivo de termos também medidas gerais de ansiedade e depressão, utilizámos a Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças “O que eu penso e o que eu sinto” – RCMAS (Reynolds & Richmond, 1978) e o Inventário de Depressão para Crianças – CDI (Kovacs, 1985), respectivamente.

Como medida de temperamento, utilizámos a Escala de Inibição Comportamental – RSRI (Reznick, Hageman, Kaufman, Woods, & Jacobs, 1992).

Finalmente, como medidas sociais e familiares, utilizámos a Escala de Comparação Social – SCS (Allan & Gilbert, 1995), o Inventário de Ameaça Parental – PTI (Scher, Stein, Ingram, Malcarne, & McQuaid, 2002), o Memórias de Infância – EMBU (Perris, Jacobsson, Lindstrom, von Knorring, & Perris, 1980) e o Inventário de Vinculação na Adolescência – IPPA (Armsden & Greenberg, 1987b).

Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência – ADIS-C: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Silverman & Albano, 1996a); versão Portuguesa por Cunha & Salvador (em preparação)

A Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C) (Silverman & Albano, 1996a) é uma entrevista desenhada especificamente para diagnosticar perturbações de ansiedade e outras perturbações relacionadas na infância e adolescência. Resulta de uma revisão da versão anterior da mesma entrevista, para a actualizar de acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Para além desta versão para crianças e adolescentes (ADIS-C), existe também uma versão para pais (ADIS-P) (Silverman & Albano, 1996b), o que permite fazer diagnósticos combinados utilizando as duas versões.

Para além de permitir o diagnóstico das perturbações de ansiedade², a ADIS-C avalia também os critérios de diagnóstico para as perturbações afectivas (Distímia e Perturbação Depressiva Major) e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperactividade. No início da entrevista, é também avaliada a presença de comportamentos de recusa à escola e as relações interpessoais. A entrevista inclui, ainda, questões de rastreio de outras perturbações (Abuso de Substâncias, Esquizofrenia, Mutismo Selectivo, Perturbações Alimentares, Perturbação Somatoforme e Perturbação de Somatização). A informação assim obtida não permite efectuar um diagnóstico, mas indica a necessidade ou não de uma avaliação clínica mais aprofundada de alguma destas áreas, para confirmar a presença de algum destes diagnósticos.

Ao utilizar esta entrevista, o clínico ou investigador pretende que a criança/adolescente responda consoante considere que o sintoma está presente (“Sim”) ou ausente (“Não”), existindo ainda uma opção de “outro” (quando, por exemplo, a resposta é “não sei” ou “às vezes”), embora alguns autores recomendem que se tente que essa resposta seja um pouco mais elaborada, para se perceber se o sintoma está ou não presente (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Com base no número total de respostas “sim”, é calculado um número total de sintomas e é decidido se a criança/adolescente tem o número de sintomas que permita efectuar diagnósticos, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994). Se o número de sintomas for suficiente para ser atribuído algum diagnóstico, é perguntado em seguida quanto é que eles interferem com a vida do adolescente em áreas como a escola, os amigos ou a família ou em que medida a sua presença lhe causa sofrimento significativo. Esta interferência é avaliada numa escala de 9 pontos (0 a 8) e para que o diagnóstico seja finalmente efectuado é necessário que esta interferência seja classificada com, pelo menos, 4 (interferência moderada).

No final, existe ainda uma escala de 9 pontos (igualmente de 0 a 8) para que o clínico avalie também a gravidade das perturbações diagnosticadas, baseado nas classificações de interferência do adolescente (ou dos pais, se utilizar também a ADIS-P), no número total de sintomas referidos e na sua impressão relativamente a cada categoria de diagnóstico. Estas classificações permitem hierarquizar um diagnóstico principal (perturbação considerada mais grave ou com maior interferência), um diagnóstico co-principal (se houver outro diagnóstico que partilhe o

² As perturbações avaliadas incluem Perturbação de Ansiedade de Separação, Fobia Social, Fobia Específica, Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia, Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Obsessivo Compulsiva e Perturbação de Pós-Stress Traumático.

mesmo índice de gravidade) e um ou mais diagnósticos adicionais (qualquer perturbação co-tada com níveis de interferência mais baixos).

Desde o seu desenvolvimento e a sua avaliação, a ADIS-C/P tem sido uma das entrevistas mais reconhecidas e utilizadas, tanto na clínica como na investigação, nomeadamente, nos estudos sobre perturbações de ansiedade e sobre fobia social (e.g., Beidel, Turner, & Morris, 2000; Rao *et al.*, 2007; Spence Donovan & Brechman-Toussaint, 2000; Cunha, 2005).

Os estudos de fidedignidade teste-reteste, nos diagnósticos e sintomas de ansiedade, revelaram que a ADIS-C (e a ADIS-P) apresentavam uma excelente fidedignidade e precisão nos diagnósticos de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação e boa precisão diagnóstica da Fobia Social e Ansiedade Generalizada (Silverman *et al.*, 2001). A validade concorrente da escala foi também alvo de estudo, verificando-se uma boa validade concorrente, nomeadamente, nos diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Pânico (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). A fidedignidade entre avaliadores para o diagnóstico de Fobia Social e interferência dos sintomas ficou estabelecida num estudo de Rao e colaboradores, bem como a validade concorrente através da comparação com dados provenientes de instrumentos de auto-resposta e de avaliação comportamental (Rao *et al.*, 2007).

Em populações clínicas, incluindo crianças e adolescentes com Fobia Social, a ADIS-C demonstrou ser sensível a mudanças derivadas do tratamento (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Beidel, Turner, & Morris, 2000; Beidel, Turner, Young, & Paulson, 2005; Beidel, Turner, & Young, 2006; Hayward *et al.*, 2000; Kendall *et al.*, 1997; Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor, & Klein, 2007; Masia-Warner *et al.*, 2005; Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001; Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar, & Olivares-Rodriguez, 2008; Silverman *et al.*, 1999; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000; Suveg, Kendall, Comer, & Robin, 2006).

A ADIS-C foi traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Cunha e Salvador (M. Cunha & Salvador, em preparação). Embora não existindo ainda estudos acerca da sua validade nesta população, a ADIS-C foi já utilizada em alguns estudos nesta população, tanto na investigação das perturbações de ansiedade (Marques, 2008) como, especificamente, na ansiedade e fobia social (M. Cunha, 2005).

**Inventário de Ansiedade aos Testes - TAI: Test Anxiety Inventory (Spielberger *et al.*, 1980);
versão Portuguesa por Ponciano, Loureiro, Pereira, & Spielberger (2005)**

O Inventário de Ansiedade aos Testes (TAI) (Spielberger *et al.*, 1980) foi desenvolvido com o objectivo de avaliar diferenças individuais, relativamente à ansiedade aos testes de avaliação académica, considerando-a um traço de personalidade relacionado com esta situação específica. Este inventário é constituído por 20 itens que visam avaliar a frequência com que se experienciam sintomas de ansiedade, antes, durante e depois de testes e exames. Cada item é respondido numa escala tipo Likert de 4 pontos (1=quase nunca; 4= quase sempre), variando a pontuação total entre 20 e 80 e correspondendo uma pontuação mais elevada a maior an-

siedade nos exames. Os 20 itens do TAI são ainda divididos em duas subescalas para avaliar o que é considerado serem dois componentes da ansiedade aos exames (Liebert & Morris, 1967; Morris & Liebert, 1970): a Preocupação (TAI/W), que envolve a expressão de receios acerca do desempenho (e.g., pensar nas consequências do fracasso), e a Emocionalidade (TAI/E), que se refere a reacções fisiológicas e afectivas ao stress da situação de teste.

Na aferição do TAI, foram utilizadas amostras de estudantes universitários, estudantes do ensino secundário e uma pequena amostra de recrutas da Marinha Americana. O TAI e as suas subescalas demonstraram boa consistência interna e fidelidade teste-reteste, boa validade de constructo e boa validade divergente (Spielberger *et al.*, 1980). O facto das correlações moderadamente positivas do TAI com o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (State-Trait Anxiety Inventory (STAI A-Trait e STAI A-State) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1983) terem sido inferiores às obtidas entre o TAI e outras medidas de ansiedade a exames levou os autores a considerarem que não se devia classificar definitivamente o TAI, nem como uma medida de ansiedade-traço, nem como uma medida de ansiedade-estado. No entanto, quando se davam aos estudantes instruções para que se imaginassem numa situação de exame em que o professor estaria a entregar a folha de teste e se lhes pedia para preencherem o STAI A-State de acordo com o que sentiriam naquele momento, foram obtidas correlações mais elevadas entre as subescalas do TAI e o STAI A-State. Os autores consideraram que a correlação entre a pontuação total do TAI e a pontuação do STAI A-State assim obtida, correlação essa a que chamaram “Exame A-State”, demonstrava a validade de constructo do TAI como uma medida das diferenças individuais, na tendência para experienciar ansiedade em situações de exame (Spielberger, Gonzalez, Taylor, Algaze, & Anton, 1978).

Várias investigações acerca do tratamento de estudantes com ansiedade a exames demonstraram que o TAI e as suas subescalas são medidas sensíveis a resultados de tratamento (Algaze, 1979, Fletcher, 1979, Gonzalez, 1976, Gonzalez, 1978, Vagg, 1977, in Spielberger *et al.*, 1980).

Em 2002, Taylor e Deane (Taylor & Deane, 2002) desenvolveram e estudaram uma possível versão reduzida do TAI, efectuando estudos com versões do TAI que compreendiam diferentes números de itens. Para obterem esse número reduzido de itens, compararam as correlações item-restantes itens e as correlações entre cada possível versão reduzida e os restantes itens (e.g., 4 itens correlacionados com os restantes 16). Procederam depois a estudos de fidelidade e validade para comparar versões de 4, 5 e 6 itens. A versão de 5 itens (TAI-5) foi aquela que apresentou fidelidade e validade óptimas, apresentando também um melhor equilíbrio de itens das subescalas de Preocupação e de Emocionalidade.

Ponciano e colaboradores (Ponciano, Loureiro, Pereira, & Spielberger, 2005) traduziram e adaptaram o TAI para a língua Portuguesa, tendo estudado as suas características psicométricas e estrutura factorial, numa amostra de 571 estudantes do ensino superior. Os resultados indicam que o TAI possui uma boa consistência interna, tanto para o total da escala (coeficiente $\alpha=.927$), como para as duas subescalas (Alfas de Cronbach de .861 e .843 para o sexo mas-

culino e feminino, respectivamente, na subescala de Preocupação; Alfas de Cronbach de .882 e .880, respectivamente, para o sexo masculino e feminino na subescala de Emocionalidade)³. A estabilidade temporal com um intervalo de 4 semanas obteve um coeficiente de correlação elevado ($r=.69$; $p<.01$). À semelhança do estudo de Spielberger e colaboradores (1980), a análise factorial do TAI revelou uma estrutura de 2 factores para ambos os sexos (cada um com 8 itens), incluindo o Factor 1 os itens da subescala de Emocionalidade e o Factor 2 os itens da subescala de Preocupação (Ponciano *et al.*, 2005)⁴.

Reacção aos Testes – RT: Reaction to Tests (Sarason, 1984); versão Portuguesa por Baptista, Soczka & Pinto (1989)

O Reacções aos Testes (RT) é um questionário de auto-resposta para avaliar a ansiedade em situação de exame.

Este teste surge na sequência de uma série de constatações relativamente aos indivíduos com ansiedade aos exames, constatações essas que estiveram também na base dos modelos predominantemente cognitivos de conceptualização da ansiedade aos exames. Verificou-se que, apesar de os estudantes com ansiedade aos exames apresentarem valores mais elevados de Emocionalidade, os seus níveis de activação fisiológica eram semelhantes aos dos estudantes com baixos índices de ansiedade aos exames (Hollandsworth, 1979; Holroyd, Westbrook, Wolf, & Badhorn, 1978), distinguindo-se, fundamentalmente, na atenção que prestavam a essa activação e na interpretação negativa que dela faziam. Deste modo, postulou-se que as situações de avaliação desencadeiam nos indivíduos com elevados níveis de ansiedade aos exames uma resposta atencional que se divide entre a tarefa a desempenhar (o exame/teste) e uma série de actividades cognitivas irrelevantes para essa tarefa – auto-avaliações negativas, maior atenção à activação fisiológica, pensamentos relacionados com as consequências de um fracasso, etc. A este propósito, Deffenbacher (1980) sugeriu que a activação fisiológica e os pensamentos irrelevantes poderiam ser factores a acrescentar à preocupação e à emocionalidade, inicialmente definidas como componentes da ansiedade aos exames. Considerando esta sugestão, Sarason (1984) desenvolveu o Reacções aos Testes, um questionário de 40 itens composto por quatro factores: Tensão (relacionado com o estado afectivo), Preocupação (relacionado com auto-avaliações negativas), Pensamentos Irrelevantes (referente a imagens, fantasias e pensamentos sem relação como teste) e Sintomas Somáticos (relacionado com reacções fisiológicas). O RT revelou ainda boa consistência interna e boa validade convergente.

O RT foi estudado numa população portuguesa de universitários, por Baptista e colaboradores (1989), resultando num questionário com 34 itens (6 foram eliminados) distribuídos pelos 4 factores originais encontrados na amostra de estudantes universitários americanos. No entanto, a variância explicada por cada um dos factores é diferente nas duas populações. A consistência interna e validade teste-reteste foram consideradas aceitáveis e a validade con-

³ Estas características são confirmadas no estudo de Melo (2006).

⁴ Os restantes 4 itens, embora não sejam incluídos em nenhum factor por terem obtido pesos elevados nos dois, são contabilizados na pontuação total.

vergente ficou demonstrada pelas correlações mais elevadas que cada uma das subescalas apresentou com outras medidas de psicopatologia. Finalmente, o RT demonstrou ainda sensibilidade à mudança no seguimento da aplicação de um programa terapêutico para reduzir a ansiedade aos exames.

Escala de Ansiedade Social para Adolescentes – SAS-A: Social Anxiety Scale for Adolescents (La Greca & Lopez, 1998); versão Portuguesa por Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre & Salvador (2004)

A Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A) (La Greca & Lopez, 1998) é uma adaptação para a população adolescente da Escala de Ansiedade Social para Crianças-Revista (SASC-R) (La Greca & Stone, 1993). A base conceptual de ambos os instrumentos tem origem nos trabalhos de Leary (1993) e de Watson e Friend (1969). O primeiro (Leary, 1983), considerando que alguns indivíduos que experienciam ansiedade social funcionam adequadamente em situações sociais, enquanto que outros que também experienciam desconforto subjectivo manifestam um maior evitamento de situações sociais, ressaltou a importância de separar a avaliação da “experiência subjectiva de ansiedade”, das “consequências comportamentais da ansiedade” (como o evitamento). Esta distinção é coerente com os trabalhos de Watson e Friend que identificaram 2 aspectos de ansiedade social nos adultos: medo da avaliação negativa dos outros (FNE) e desconforto e evitamento social (SAD) (Watson & Friend, 1969). Com o objectivo de alargar estes conceitos a uma população infantil, La Greca e colaboradores desenvolveram a Escala de Ansiedade Social para Crianças (SASC) (La Greca, Dandes, Wick, Shaw, & Stone, 1988) da qual efectuaram mais tarde uma revisão, dando origem à Escala de Ansiedade Social para Crianças-Revista (SASC-R) (La Greca & Stone, 1993). Nesta escala, o número de itens para avaliar a ansiedade e evitamento generalizados foi aumentado, tendo alterado a estrutura factorial de 2 (medo de avaliação negativa/FNE e desconforto e evitamento social/SAD) para 3 factores (medo de avaliação negativa/FNE, desconforto e evitamento social em situações novas/SAD-New, e desconforto e evitamento social generalizado/SAD-General) e apresentado uma maior consistência interna. Os itens da SASC-R foram depois modificados para serem desenvolvimentalmente mais apropriados na aplicação da escala a adolescentes, mas manteve o mesmo número de itens e a escala de resposta, dando origem à SAS-A (La Greca & Lopez, 1998).

Assim, a SAS-A é uma escala de auto-resposta com 22 itens (18 relacionados com ansiedade e 4 neutros ou *filler itens*⁵), avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1= de forma nenhuma; 5= todas as vezes). À semelhança da SASC-R, a análise factorial da SAS-A identificou 3 factores que correspondem a 3 subescalas: Medo de Avaliação Negativa (FNE - Fear of Negative Evaluation), Desconforto e Evitamento Social em Situações Novas (SAD-New – Social Avoidance and Distress Specific to New Situations) e Desconforto e Evitamento Social Generalizado (SAD-General – Generalized Social Avoidance and Distress). A subescala FNE

⁵ Estes itens avaliam preferências sociais e actividades (e.g., gosto de praticar desportos), estão dispersos pela escala, destinam-se a reduzir o enviesamento das respostas resultante de uma eventual avaliação negativa dos sujeitos e não são contabilizadas no resultado total da SAS-A.

reflecte medos e preocupações, relativamente à possibilidade de uma avaliação negativa por parte dos outros. A subescala SAD-New é formada por itens que avaliam a ansiedade em situações sociais novas ou com pessoas desconhecidas. Finalmente, a SAD-General avalia ansiedade e inibição em situações sociais mais gerais, incluindo pessoas conhecidas. Outros estudos têm replicado esta estrutura de 3 factores (Garcia-López, Olivares, Hidalgo, Beidel, & Turner, 2001; Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; Myers, Stein, & Aarons, 2002; Olivares *et al.*, 2005; Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti, & Fisher, 2004). A SAS-A (e a SASC-R em estudos realizados com adolescentes) tem revelado uma boa consistência interna, sendo a subescala FNE que tem obtido sistematicamente valores mais elevados, seguida da SAD-New e da SAD-General (Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1997; Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; La Greca, 1998; La Greca & Lopez, 1998; Olivares *et al.*, 2005; Storch *et al.*, 2004). Tem também revelado boa fidelidade teste-reteste (Garcia-López *et al.*, 2001; La Greca, 1998; Storch *et al.*, 2004; Vernberg, Abwender, Ewell, & Beery, 1992), boa validade concorrente (Bailey, Chavira, Stein, & Stein, 2006; Garcia-López *et al.*, 2001; Ginsburg *et al.*, 1997; Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; La Greca & Lopez, 1998; Myers *et al.*, 2002; Olivares, Garcia-López, Hidalgo, & Caballo, 2004; Storch *et al.*, 2004) e boa validade discriminante (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000). As correlações inter-escalas têm revelado que as subescalas da SAS-A estão relacionadas, mas medem constructos de ansiedade social distintos (Ginsburg *et al.*, 1997; Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998; La Greca & Lopez, 1998; Olivares *et al.*, 2004; Olivares *et al.*, 2005), sendo estas correlações mais elevadas em amostras clínicas (Ginsburg *et al.*, 1997, 1998).

Quanto á utilidade da SAS-A em populações clínicas, La Greca (1998) indicou valores de corte clínicos de 50, sugerindo ainda um valor total na SAS-A abaixo de 37, para identificar adolescentes sem ansiedade social. Numa amostra Espanhola, Olivares e colaboradores encontraram um valor de corte de 44, um pouco mais baixo do encontrado na amostra americana (Olivares, Garcia-López, Hidalgo, *et al.*, 2002). O estudo de Garcia-Lopez e colaboradores (2001) constatou ainda que a SAS-A conseguia diferenciar sujeitos com fobia social generalizada, de sujeitos com fobia social específica e de sujeitos sem diagnóstico de fobia social. A SAS-A começou já a ser utilizada como instrumento de avaliação em estudos de tratamento, tendo vindo a revelar-se uma medida sensível a diferenças de resultados terapêuticos (Garcia-López *et al.*, 2006a; Garcia-López, Olivares, & Hidalgo, 2005; Garcia-López *et al.*, 2002; Masia-Warner *et al.*, 2007; Masia-Warner *et al.*, 2005; Olivares & Garcia-López, 2001; Olivares, Garcia-López, Beidel, *et al.*, 2002).

A versão Portuguesa da SAS-S foi estudada por Cunha e colaboradores (M. Cunha, Pinto Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004), numa amostra de 522 jovens entre os 12 e os 18 anos, do distrito de Coimbra. A análise factorial revelou uma estrutura de 3 factores semelhante à encontrada para a versão americana (La Greca & Lopez, 1998), embora se tivessem encontrado algumas diferenças nos itens que os constituem. Os valores moderados das correlações entre as subescalas da SAS-A sugerem que estas representam subconstructos distintos de an-

siedade social. A versão Portuguesa da SAS-A revelou possuir valores elevados de consistência interna, tanto para o total da escala como para as subescalas, indicando uma boa fidelidade ($\alpha=.88$ para o Total da Escala, $\alpha=.87$ para o factor FNE, $\alpha=.74$ para o factor SAD-N e $\alpha=.71$ para o factor SAD-G). A estabilidade temporal (1 mês) mostrou resultados aceitáveis ($r=.74$). A validade convergente e divergente foram também avaliadas e consideradas satisfatórias. Quanto aos dados normativos, os valores obtidos para o total e subescalas da SAS-A na população Portuguesa foram semelhantes aos encontrados para a população Americana, encontrando também valores significativamente mais elevados nas raparigas (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; La Greca, 1998; La Greca & Lopez, 1998). Num estudo de Cunha (2005), em que a consistência interna foi também tida como aceitável, a SAS-A revelou ainda ter boa precisão diagnóstica para detectar adolescentes com fobia social, discriminando jovens com fobia social, de jovens com outras perturbações ansiosas ou sem psicopatologia. A autora indica que um ponto de corte de 55 permite uma boa classificação de jovens, com ou sem fobia social, numa amostra da comunidade.

Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - EAESSA (M. Cunha, Pinto-Gouveia *et al.*, 2004)

A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA) (M. Cunha, Pinto-Gouveia *et al.*, 2004) foi desenvolvida com o objectivo de aumentar os instrumentos de medida disponíveis para avaliar adolescentes com ansiedade social elevada, mais especificamente, de obter um instrumento mais específico para avaliar as situações em que a intensidade da ansiedade e a frequência do evitamento causam interferência significativa na vida dos adolescentes. Um tal instrumento permitiria identificar possíveis dimensões da ansiedade social num contexto desenvolvimental específico e ser útil na avaliação clínica, delimitação e controlo da intervenção terapêutica e avaliação dos resultados terapêuticos.

A EAESSA é uma adaptação para adolescentes da Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS) (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2000), a partir da qual se refrasearam alguns itens, se excluíram outros e se incluíram itens novos, mais relacionados com a população a que se destina. A escolha destes novos itens foi baseada na revisão da literatura, experiência clínica dos autores e questionários e entrevistas existentes para a avaliação da ansiedade social na população adolescente. Após o estudo da correlação item-total e do estudo factorial de uma versão inicial de 44 itens, a EAESSA ficou constituída por 34 situações sociais para a quais é avaliado o grau de desconforto/ansiedade sentido e o grau de evitamento efectuado. Estes dois tipos de avaliação dão origem às 2 subescalas que formam a EAESSA – a subescala de desconforto/ansiedade e a subescala de evitamento, permitindo assim obter, para além da pontuação total, pontuações para cada uma das subescalas. Quanto maior o resultado, maior a ansiedade social medida pelo grau de desconforto/ansiedade e evitamento manifestado nas situações sociais. A resposta a cada item é dada numa escala tipo Likert de 5 pontos (1=nada ansioso/nunca evito; 5=muitissimo ansioso/evito quase sempre). Esta escala foi estudada numa população de 525 jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. A EAESSA revelou valores elevados de consistência in-

terna para ambas as subescalas ($\alpha=.91$ para a subescala de desconforto/ansiedade e $\alpha=.87$ para a subescala de evitamento)⁶ e boa fidelidade teste-reteste num intervalo de 5 semanas ($r=.74$, $p<.01$ para a subescala de desconforto/ansiedade e $r=.71$, $p<.01$ para a subescala de evitamento).

As correlações elevadas entre as subescalas da EAESSA e a ansiedade social avaliada pela SAS-A (M. Cunha, Pinto Gouveia *et al.*, 2004; La Greca & Lopez, 1998) apoia a validade de constructo da escala, enquanto que o facto das correlações entre as mesmas subescalas serem mais elevadas com a ansiedade geral medida pela RCMAS (Fonseca, 1992; Reynolds & Richmond, 1978), do que com sintomatologia depressiva medida pelo CDI (Dias & Gonçalves, 1999; Kovacs, 1985; Marujo, 1994), apoia a sua validade divergente.

Os estudos factoriais realizados separadamente para cada uma das subescalas indicam, como mais adequada, uma solução de 6 factores (comuns a ambas): (1) Interação em Situações Novas, constituído por situações que implicam interacção com pessoas ou tarefas pouco conhecidas ou realizadas pela primeira vez; (2) Interação com o Sexo Oposto; (3) Desempenho em Situações Formais, que inclui situações de desempenho em contexto escolar; (4) Interação Assertiva, formado por situações que implicam competências de auto-afirmação, como sejam, elogiar, criticar, expressar desacordo ou desagrado; (5) Ser Observado pelos Outros, nomeadamente em situações de grupo; (6) Comer e Beber em Público (M. Cunha, Pinto-Gouveia *et al.*, 2004). O estudo de Cunha (2005) replica também esta estrutura de 6 factores.

A EAESSA revelou possuir boa capacidade diagnóstica para detectar adolescentes com fobia social e distinguir adolescentes com fobia social de adolescentes com outras perturbações ansiosas ou sem psicopatologia. Como valor de corte para distinguir adolescentes com e sem fobia social, foi sugerido um valor de 71 como valor médio na EAESSA total (M. Cunha, 2005).

Relativamente aos valores normativos, mais uma vez, as raparigas evidenciaram maiores pontuações de ansiedade social do que os rapazes (M. Cunha, 2005; M. Cunha, Pinto-Gouveia *et al.*, 2004).

Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes - EPASSA (Salvador, Pinto-Gouveia *et al.*, em preparação)

Aquando da construção da EAESDIS (Pinto-Gouveia *et al.*, 2000), foi também desenvolvida a Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais (EPASS) (Pinto-Gouveia *et al.*, 2000) e a Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais (ECSSS) (Pinto-Gouveia *et al.*, 2000), como parte de um protocolo integrado de avaliação de adultos com fobia social. A primeira escala serviu de base para a construção da EPASSA, ao adaptar-se a fraseologia dos itens, excluir itens e incluir outros resultantes da experiência clínica com adolescentes com fobia social.

Assim, a Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes

⁶ Os valores de consistência interna para ambas as subescalas obtidos por Cunha (2005) são muito semelhantes aos encontrados neste estudo de validação.

(EPASSA) ficou constituída por 29 itens (quase todas adaptações da escala original), respondidos numa escala tipo Likert de 4 pontos (0=Nunca; 4=Quase Sempre) que avalia a frequência com que os pensamentos automáticos elencados nos 29 itens ocorrem nas situações sociais receadas. Quanto maior a pontuação total, maior a frequência de pensamentos automáticos.

Embora a versão para adolescentes não tenha ainda sido estudada quanto a características psicométricas e valores normativos, decidimos incluir esta escala na bateria de avaliação do presente estudo, uma vez que, sendo um aspecto importante do modelo cognitivo da fobia social (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Clark & Wells, 1995), os pensamentos automáticos forneceriam informação importante para a avaliação e intervenção clínicas. Porém, a escala original (EPASS) revelou uma consistência interna elevada, tanto na população normal como numa população de indivíduos com fobia social (Pinto-Gouveia *et al.*, 2000).

Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes - ECSSSA (Salvador, Cunha *et al.*, em preparação)

Com base na Escala de Comportamentos de Segurança (ECSSS) (Pinto-Gouveia *et al.*, 2000), construída, como referimos anteriormente, como parte de um protocolo de avaliação de fobia social para adultos, para avaliar comportamentos de segurança utilizados em situações sociais, os autores adaptaram uns itens e acrescentaram outros resultantes de uma revisão de literatura e da experiência clínica. O resultado foi a Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA). Esta escala inclui 20 itens respondidos com uma escala tipo Likert de 4 pontos que visa avaliar a frequência com que o adolescente utiliza cada comportamento de segurança nas situações sociais avaliadas anteriormente pela EAESSA como ansiógenas (1=Nunca; 4=Quase Sempre). Quanto maior o valor obtido, maior a frequência de utilização de comportamentos de segurança.

Os comportamentos de segurança são definidos como comportamentos utilizados por indivíduos com fobia social para evitarem as consequências receadas numa situação social e são considerados importantes factores de manutenção, pelo que a sua avaliação e posterior eliminação são importantes para uma eficaz intervenção terapêutica (Clark & Wells, 1995) (cf. Capítulo 2).

Uma vez que a presente investigação visava a construção e aplicação de um protocolo terapêutico para adolescentes com fobia social baseado no modelo de Clark & Wells (1995) e a consequente avaliação de resultados terapêuticos, a avaliação de comportamentos de segurança no pré e pós-tratamento tornava-se imprescindível. Este motivo levou-nos a elaborar e utilizar a ECSSSA, ainda que ela não tenha ainda sido estudada quanto a características psicométricas e valores normativos. Refira-se, no entanto, que a ECSSS para adultos, que esteve na base da construção da ECSSSA, apresentou boa consistência interna, fidelidade teste-reteste aceitável e capacidade de discriminar indivíduos com fobia social generalizada de indivíduos com fobia social não generalizada, indivíduos com outras perturbações ansiosas e indivíduos sem psicopatologia (Pinto-Gouveia *et al.*, 2000).

Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social – SDS: Sheehan Disability Scale (Sheehan, 1983); versão Portuguesa por Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador (2000)

A Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social (Pinto-Gouveia *et al.*, 2000) é uma adaptação da Escala de Incapacitação de Sheehan original (Sheehan, 1983) para Português, mantendo o formato original da escala e introduzindo pequenas alterações nas instruções de forma a melhor se adequar à sua utilização na fobia social. Esta escala é formada por 3 itens que procuram avaliar o grau em que a ansiedade social incapacita ou interfere no quotidiano do indivíduo, em três áreas importantes da sua vida: Trabalho ou Estudos, Vida Social e Vida Afectiva. A escala de resposta tipo Likert varia de 0 a 10 (0=Nada Incapacitante; 10=Severamente Incapacitante).

As características da Escala de Incapacitação de Sheehan original (Sheehan, 1983) foram estudadas por Leon e colaboradores (Leon, Shear, Portera, & Klerman, 1992), numa amostra de doentes com perturbação de pânico. Neste estudo, os valores de Alfa de Cronbach encontrados foram elevados e a análise factorial confirmou os três factores correspondentes às três áreas avaliadas pela escala (trabalho/vida social/vida afectiva). A validade convergente foi estabelecida pela relação significativa entre a sintomatologia e a incapacitação, e a validade divergente pelo facto de doentes sem ataques de pânico nas duas semanas anteriores à avaliação revelarem pontuações significativamente mais baixas de incapacitação, quando comparados com doentes com ataques de pânico no mesmo período. A SDS revelou ainda ser sensível a mudanças resultantes do tratamento (Leon *et al.*, 1992). Um outro estudo (Leon, Olfson, Portera, Farber, & Sheehan, 1997), realizado com doentes de uma unidade de cuidados primários, confirmou a consistência interna da escala.

A SDS tem sido frequentemente utilizada em estudos de avaliação de resultados de tratamento farmacológico e psicoterapêutico em várias perturbações psiquiátricas, entre as quais a fobia social. A determinação do grau de incapacitação na fobia social permite determinar melhor em que medida as dificuldades têm um impacto significativo na vida do doente e em que medida esse impacto é reduzido (ou não), como resultado da intervenção terapêutica levada a cabo. Mais uma vez, considerando que o objectivo da presente investigação pretendia estudar resultados de tratamento, pareceu-nos importante incluir esta medida na sua bateria de avaliação, ainda que o seu estudo na população Portuguesa não tivesse sido efectuado.

Para dispormos de uma medida para pais da incapacitação da fobia social dos filhos, procedemos ainda a uma adaptação nas instruções desta escala, para se adequar a estes objectivo.

Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças “O que eu penso e o que eu sinto” – RCMAS: Revised Children Manifest Anxiety Scale (Reynolds & Richmond, 1978); versão Portuguesa por Fonseca (1992)

A Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (RCMAS) (Reynolds & Richmond, 1978) foi elaborada a partir da Escala de Ansiedade Manifesta - Children’s Manifest Anxiety Scale (Castaneda, McCandless, & Palermo, 1956) que, por sua vez, havia sido uma adaptação para crianças da Escala de Ansiedade Manifesta para adultos elaborada por Taylor (Taylor, 1951, 1953). As razões adiantadas para a necessidade da revisão desta escala prende-

ram-se com diversas dificuldades que foram sendo apontadas, ao longo de cerca de 20 anos de utilização (e.g., escala extensa, critérios estatísticos inadequados, linguagem difícil para crianças mais novas ou com dificuldades cognitivas). A RCMAS, aplicável a crianças e adolescentes do 3º ao 12º ano, é constituída por 37 itens, que avaliam a presença (“sim”) ou ausência (“não”) de sintomas de ansiedade-traço. Destes 37 itens, 28 pertencem a uma escala de ansiedade e 9 constituem uma escala de mentira ou desejabilidade social. Relativamente a esta última, Reynolds e Richmond (1978) referem que um resultado elevado pode ser sinal de defensividade da criança ou indicar aquiescência/submissão, quando acompanhado de altos níveis de ansiedade, e não invalida necessariamente os resultados obtidos na escala de ansiedade (Reynolds & Richmond, 1978).

A RCMAS tem apresentado boa consistência interna e fidelidade teste-reteste (King, Gullone, & Ollendick, 1992; Reynolds & Paget, 1981, 1983) e uma boa validade convergente e divergente (Reynolds, 1980a). A análise factorial revelou uma estrutura de 3 factores na escala de Ansiedade – Fisiológico, Preocupação/Hipersensibilidade e Medo/Concentração (King *et al.*, 1992; Reynolds & Paget, 1981; Reynolds & Richmond, 1979) e 2 factores na escala de Mentira ou Desejabilidade Social (Reynolds & Paget, 1981). Existe também uma versão da RCMAS para crianças em idade pré-escolar, desenvolvida por Reynolds e colaboradores (Reynolds, 1980b).

A RCMAS foi traduzida, adaptada e estudada numa população Portuguesa (Fonseca, 1992) numa amostra de 635 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos. A escala demonstrou boas qualidades psicométricas, nomeadamente, no que se refere à consistência interna (coeficiente $\alpha=.78$), fidelidade teste-reteste ($r(20)=.68$), validade convergente e validade discriminante. Todavia, não foi replicada a estrutura de 3 factores de ansiedade e 2 de mentira obtida na amostra americana, tendo apenas sido encontrados 2 factores principais: um factor de ansiedade global (28 itens) e um factor de mentira ou desejabilidade social (9 itens) (Fonseca, 1992). O estudo de Dias e Gonçalves (1999) encontrou resultados semelhantes, em termos de fidelidade e validade (Dias & Gonçalves, 1999).

Inventário de Depressão para Crianças – CDI: Children’s Depression Inventory (Kovacs, 1985, 1992); versão Portuguesa por Marujo (1994)

O Inventário de Depressão para Crianças (CDI) (Kovacs, 1985, 1992) é o inventário mais comumente utilizado para a avaliação de depressão em crianças e adolescentes. Foi construído com base no Inventário de Depressão de Beck - BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), o instrumento mais amplamente utilizado na avaliação da depressão em adultos. O BDI foi modificado para melhor se adaptar a crianças e adolescentes, nomeadamente, retirando itens relativos à libido e acrescentando outros relacionados com aproveitamento escolar e relação com colegas. O CDI ficou, então, constituído por 27 itens que procuram avaliar humor perturbado, capacidade para sentir prazer, funções vegetativas, auto-avaliações e comportamentos interpessoais (Kovacs, 1992). Cada um dos 27 itens contém 3 frases classifica-

das entre 0 (ausência de problema) e 2 (problema grave). A criança/adolescente deve escolher a opção que melhor se adequa a sentimentos experienciados nas duas semanas anteriores ao seu preenchimento. A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, de forma que, quanto maior a cotação, maior a gravidade dos sintomas depressivos.

O CDI demonstrou uma boa consistência interna, tanto em amostra normais como em amostras de crianças com perturbações emocionais (Alfas de Cronbach entre .70 e .89) (Kovacs, 1985; Saylor, Finch, Spirito, & Bennett, 1984b; Smucker, Craighead, Craighead, & Green, 1986). A fidelidade teste-reteste é considerada aceitável (Smucker *et al.*, 1986) e, de um modo geral, esta fidelidade é tanto maior quanto mais reduzido o intervalo entre as aplicações e em grupos de crianças com perturbações emocionais (Saylor *et al.*, 1984b), talvez devido ao facto da sintomatologia depressiva ser mais transitória nos grupos não clínicos (Finch, Saylor, & Edwards, 1985). A validade do CDI é suportada pelas suas correlações com outros instrumentos de avaliação, nomeadamente instrumentos de auto-resposta que medem outros constructos teoricamente relacionados (Kazdin, Esvelt-Dawson, Unis, & Rancurello, 1983; Kazdin, Rodgers, & Colbus, 1986; Saylor *et al.*, 1984b). Os estudos factoriais centrados na análise da estrutura interna do CDI não encontram consistência nos factores encontrados. Por exemplo, em crianças normais, o CDI apresenta uma estrutura unifactorial e, em crianças com perturbações emocionais, uma estrutura multidimensional (Kovacs, 1992; Politano, Nelson, Evans, Sorenson, & Zeman, 1986). Kovacs (1992) identificou 5 subescalas (Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Ineficácia, Anedonia e Auto-Estima Negativa), mas outros estudos não replicam esta estrutura (Carey, Faulstich, Gresham, Ruggiero, & Enyart, 1987; Saylor *et al.*, 1984b) ou os mesmos factores (Weiss *et al.*, 1991).

Da mesma forma, não existe consenso relativamente ao ponto de corte do CDI. Alguns estudos utilizam um ponto de corte de 12/13 pontos (Garvin, Leber, & Kalter, 1991; Joffe, Dobson, Fine, Marriage, & Haley, 1990), enquanto outros apontam um ponto de corte de 19 (Kendall, Stark, & Adam, 1990; Lobovits & Handal, 1985; Ollendick & Yule, 1990) para identificar sujeitos com e sem depressão, numa população não clínica. Neste contexto, Saylor e colaboradores (Saylor, Finch, Furey, Baskin, & Kelly, 1984a) defendem que o CDI diferencia crianças com problemas emocionais de crianças sem psicopatologia, mas não discrimina entre crianças deprimidas e crianças não deprimidas que apresentam outros problemas clínicos, nomeadamente quadros ansiosos, o que pode resultar da considerável sobreposição do CDI com sintomatologia ansiosa (Stark & Laurent, 2001; Wolfe *et al.*, 1987). Desta discussão, resulta que o CDI pode consistir numa medida geral de afectividade negativa (Stark & Laurent, 2001), pelo que não deve ser utilizado como instrumento diagnóstico.

A versão Portuguesa do CDI (Marujo, 1994) e um estudo posterior de Dias e Gonçalves (1999) revelaram uma boa precisão e valores elevados de consistência interna (Alfa de Cronbach entre .80 e .84). Contudo, a estrutura de 5 factores não foi replicada, evidenciado, em vez disso, uma estrutura unifactorial.

Escala de Inibição Comportamental – RSRI: Retrospective Self-Report of Inhibition (Reznick *et al.*, 1992); versão Portuguesa por Cunha & Pinto Gouveia (submetido)

A Escala de Inibição Comportamental (RSRI) (Reznick *et al.*, 1992) foi desenvolvida para avaliar comportamentos infantis associados à inibição comportamental. A selecção dos itens foi baseada em entrevistas com crianças e pais no estudo longitudinal de Kagan e colaboradores (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988) para estudar a inibição comportamental, e no pressuposto teórico de que a inibição comportamental é um constructo amplo que inclui vários componentes. A RSRI é constituída por 30 itens, em que é pedido ao indivíduo que se lembre de comportamentos ou sentimentos entre os 6 e os 11 anos de idade (do 1º ao 6ª ano de escolaridade) e que escolha a resposta que mais se adequa ao seu caso, numa escala de 5 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a inibição comportamental. Os itens procuram representar um leque alargado de comportamentos, ao longo de cinco domínios relevantes: 1) actividade do sistema nervoso simpático (e.g., sono perturbado); 2) medo de coisas, situações e acontecimentos futuros (e.g., escuro, animais, actividades de grupo); 3) comportamentos destinados a diminuir os medos (e.g., luz de presença); 4) medo do desconhecido (e.g., sabores novos); 5) aptidões sociais (e.g., brincadeiras na escola ou festas).

Reznick e colaboradores (1992) efectuaram 4 estudos, para explorar a utilidade desta escala. Nesses estudos, as consistências internas revelaram-se elevadas (Alfas de Cronbach entre .77 para amostras da comunidade e .91, numa amostra que incluía doentes psiquiátricos), foi encontrada concordância entre as auto-avaliações dos filhos e a informação fornecida pelos pais ($r(65)=.63$, $p<.01$) e a análise factorial revelou 2 factores designados como Escola/Situações Sociais e Medos/Doenças.

A RSRI tem sido amplamente utilizada na investigação da inibição comportamental, particularmente no estudo da influência deste temperamento no desenvolvimento da psicopatologia e da etiologia da fobia social (M. Cunha, 2005; Hayward, Killen, Kraemer, & Taylor, 1998; Mick & Telch, 1998; Neal, Edelmann, & Glachan, 2002).

A tradução e estudo desta escala foram efectuados por Cunha e Pinto-Gouveia (M. Cunha & Pinto-Gouveia, submetido). O RSRI obteve uma boa consistência interna (Alfas de Cronbach=.84) e manteve os mesmos dois factores da escala original. No estudo de Cunha (2005), a utilização desta escala numa população adolescente obteve níveis de consistência interna elevados ($\alpha=.86$), o mesmo acontecendo num outro estudo com estudantes universitários (Morgado, 2008).

Escala de Comparação Social – SCS: Social Comparison Scale (Allan & Gilbert, 1995); versão Portuguesa por Gato & Pinto Gouveia (2003)

Com o objectivo de avaliar a forma como os indivíduos se comparam no relacionamento com os outros, Allan e Gilbert (1995) construíram a Escala de Comparação Social (SCS), no contexto teórico do modelo evolucionário de Trower e Gilbert (Gilbert & Trower, 2001; Trower & Gilbert, 1989). Com esta escala, visavam estudar comparações relacionadas com a

hierarquia social, comparações de atracção social e comparações de aceitação pelos outros, bem como explorar a relação entre uma escala deste género e medidas de psicopatologia. Utilizando uma metodologia diferencial semântica, a Escala de Comparação Social começou por uma versão inicial de 5 itens relacionados com hierarquia social (Gilbert & Allan, 1994), composta por uma frase incompleta (“No relacionamento com os outros sinto-me...”). Os indivíduos posicionam-se ao longo de uma escala tipo Likert de 10 pontos, cujos extremos são constructos bipolares (e.g. inferior-superior). Esta escala foi aumentada com mais 6 itens resultantes da discussão da experiência clínica, para avaliar também dimensões de atracção e aceitação/ajustamento social, ficando, desta forma, constituída pela mesma frase incompleta (“No relacionamento com os outros sinto-me...”) e por 11 constructos bipolares que correspondem a extremos de comparação social, em termos de hierarquia social, talento e atracção, e aceitação pelos outros. Quanto maior a pontuação, mais positiva a forma como o sujeito se auto-avalia.

Aplicada esta escala a uma população de estudantes, os autores encontraram uma boa consistência interna ($\alpha=.91$) e uma estrutura de 2 factores puros de hierarquia (e.g. incompetente-mais competente) e de ajustamento/aceitação social (e.g. rejeitado-aceite) (Allan & Gilbert, 1995). Os itens de atracção social carregavam em ambos os factores, pelo que os autores decidiram tratá-los separadamente. No mesmo estudo, mas numa população clínica, a análise de componentes principais revelou uma estrutura de 3 factores, mais de acordo com as previsões teóricas: hierarquia, ajustamento e atracção social. Também nesta população, foram encontrados valores elevados de consistência interna ($\alpha=.88$). Como a amostra clínica era relativamente reduzida, os autores recomendam alguma precaução na extrapolação destes dados.

O estudo deste instrumento para a população Portuguesa foi efectuado por Gato e Pinto-Gouveia (2003). O seu estudo, numa amostra de 531 estudantes universitários, revelou uma estrutura de 2 factores - hierarquia e comparação social -, revelando ambas as subescalas valores satisfatórios de consistência interna ($\alpha=.82$ para a subescala de hierarquia e $\alpha=.78$ para a subescala de ajustamento social) (Gato, 2003). O estudo de Cunha obteve valores de consistência interna muito semelhantes (M. Cunha, 2005), revelando ainda que adolescentes com fobia social se distinguem de indivíduos com outras perturbações ansiosas e de indivíduos sem psicopatologia por, no relacionamento com os outros, se compararem de uma forma mais negativa.

Inventário de Ameaça Parental – PTI: Parent Threat Inventory (Scher *et al.*, 2002); tradução Portuguesa por Morgado e Pinto-Gouveia (2003)

O Inventário de Ameaça Parental (PTI) (Scher *et al.*, 2002) é um inventário retrospectivo para avaliar comportamentos de ameaça por parte dos pais e foi construído com o objectivo de facilitar a compreensão destes comportamentos na etiologia de perturbações emocionais.

Efectivamente, de acordo com Bowlby (1973), três tipos de comportamentos de ameaça poderão contribuir para a construção de modelos internos acerca dos outros, como imprevisíveis, e modelos do Eu, como apenas protegido de uma forma intermitente: ameaça de rejeição,

ameaça de abandono e ameaça de punição. Ameaças de rejeição são caracterizadas por comportamentos que sugerem que a figura de vinculação ou outros significativos poderão não estar emocionalmente disponíveis, quando a criança necessita. Ameaças de abandono estão relacionadas com comportamentos que sugerem que as figuras de vinculação ou outros poderão não estar fisicamente disponíveis para a criança. Ameaças de punição são caracterizadas por comportamentos que sugerem que as figuras de vinculação ou outros poderão punir a criança ou outras pessoas significativas para ela. Os modelos originados com base nestas experiências são hipotetizados como estando na base do desenvolvimento de sintomatologia ansiosa (Bowlby, 1973), constituindo-se, portanto, como importantes factores etiológicos e de risco a investigar, no âmbito da prevenção e tratamento das perturbações ansiosas. Os autores do PTI hipotetizam que estes comportamentos parentais estariam também na base de sintomatologia depressiva e, considerando que a validação empírica desta teoria de Bowlby era limitada, decidem construir um instrumento que contemple itens que visam especificamente avaliar cada um dos tipos de ameaça.

Depois da selecção de itens e do seu estudo, o PTI (Scher *et al.*, 2002) ficou constituído por 17 itens que devem ser respondidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos (0=nunca e 5=quase sempre verdadeiro), como conclusão da frase inicial incompleta “À medida que crescia, o meu pai/a minha mãe...”, sendo que existe uma versão do inventário para o pai e outra para a mãe, constituídas pelos mesmos itens.

As análises factoriais efectuadas permitiram optar por uma estrutura de 3 factores (Ameaça de Rejeição, Ameaça de Abandono e Ameaça de Punição/Negligência), tanto para o pai como para a mãe. Os Alfa de Cronbach entre .71 e .95, para a escala total e para as 3 subescalas, revelam uma consistência interna aceitável e a fidelidade teste-reteste de 4 semanas revelou uma correlação de Pearson de .83 a .90. As correlações moderadas entre o PTI e duas outras medidas retrospectivas que avaliam estilos parentais e experiências infantis suportam a validade de constructo. No estudo de validade preditiva, o PTI revelou-se ainda capaz de prever sintomatologia ansiosa e depressiva e sintomas de perturbações de ansiedade e de perturbações depressivas ao longo da vida.

No seu todo, o estudo das características psicométricas do PTI sugere que este inventário pode ser considerado uma medida válida para investigar os antecedentes desenvolvimentais de perturbações emocionais.

O PTI foi traduzido e adaptado para a população Portuguesa (Morgado & Pinto-Gouveia, 2003), não estando, no entanto, estudado em termos de características psicométricas para esta população.

Memórias de Infância – EMBU: Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour (Perris *et al.*, 1980); versão Portuguesa por Canavaro (1996)

O EMBU (Perris *et al.*, 1980) está entre os instrumentos mais utilizados para a avaliação das percepções dos adultos, acerca das práticas educativas dos seus pais durante a in-

fância e adolescência (Rapee, 1997). A sigla EMBU provém de “Egna Minnen Beträffande Uppfostran”, o termo sueco para “As minhas memórias de infância”, em inglês designado por “Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour”. O EMBU procura, então, avaliar a frequência de determinadas práticas educativas por parte do pai e da mãe, separadamente, utilizando uma escala de tipo Likert de 4 pontos (1=Não, nunca; 4=Sim, a maior parte do tempo).

A primeira versão do EMBU era constituída por 81 itens, agrupados em 14 dimensões (Perris *et al.*, 1980). Depois de efectuarem um estudo factorial desta escala, Arrindell e colaboradores eliminaram 17 itens, distribuindo-se os 64 itens restantes por 4 factores: Rejeição, Suporte Emocional, Sobreprotecção e Preferência em Relação aos Irmãos (Arrindell, Emmelkamp, Brilman, & Monsma, 1983). Os resultados dos estudos psicométricos desta escala em mais de 25 países revelaram níveis satisfatórios de variância intercultural, para 3 destes factores: Rejeição, Suporte Emocional e Sobreprotecção (Arrindell *et al.*, 2005; Arrindell *et al.*, 1994; Arrindell *et al.*, 2001; Arrindell & van der Ende, 1984). Arrindell e van der Ende (1984) descrevem as três dimensões como: 1) Suporte Emocional, definido como comportamentos dos pais que fazem o filho sentir-se confortável e o asseguram de que é aprovado e amado como pessoa, caracterizando-se por manifestações físicas de afecto ou elogios; 2) Rejeição, caracterizada por comportamentos de agressão física ou verbal dos pais que visam modificar a vontade dos filhos e que são sentidos como uma rejeição de si próprio como indivíduo; 3) Sobreprotecção, referente a comportamentos de controlo comportamental, traduzida por comportamentos de intrusão, contacto excessivo e infantilização, que visa impedir comportamentos de independência dos filhos (Arrindell & van der Ende, 1984).

Em 1994, Arrindell e colaboradores desenvolveram uma versão breve do EMBU cuja selecção de itens teve por base análises psicométricas e a relevância do seu conteúdo (Arrindell *et al.*, 1994; Arrindell *et al.*, 1999). O resultado foi uma versão com 23 itens, divididos pelos 3 factores anteriormente descritos (Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção), que revelou bons índices de fidedignidade (todos os Alfa de Cronbach $\geq .72$) e validade, concluindo os autores que esta versão poderia ser considerada equivalente à forma mais alargada do EMBU (Arrindell *et al.*, 1999).

Embora inicialmente construído para adultos, foram desenvolvidas versões para crianças (Castro, Toro, Van der Ende, & Arrindell, 1993; Gruner, Muris, & Merckelbach, 1999; Markus, Lindhout, Boer, Hoogendijk, & Arrindell, 2003; Muris, Bogels, Meesters, van der Kamp, & van Oosten, 1996), adolescentes (Castro, Toro, Arrindell, van der Ende, & Puig, 1990; Gerlsma, Arrindell, Van den Veen, & Emmelkamp, 1991) e pais (Castro, de Pablo, Gomez, Arrindell, & Toro, 1997; Castro *et al.*, 1990), em relação às quais os autores relatam boas características psicométricas, embora o número de itens e de factores possa diferir consoante os estudos (Aluja, del Barrio, & Garcia, 2006; Castro *et al.*, 1993; Markus *et al.*, 2003; Muris *et al.*, 1996; Muris, Bosma, Meesters, & Schouten, 1998; Muris, Meesters, & van Brakel, 2003).

A versão Portuguesa do EMBU (Canavarro, 1996) foi baseada na forma abreviada de 23 itens acabada de descrever e foi designada por “Memórias de Infância”, mantendo-se, no entanto, a sigla “EMBU”. Os estudos psicométricos desta escala revelaram bons índices de fidelidade e validade, apresentando Alfas de .73 para o pai e de .74 para a mãe (Canavarro, 1999). A estabilidade temporal, num intervalo mínimo de 6 semanas, foi também satisfatória ($r=.64$ para o pai e $r=.67$ para a mãe, ambas significativas para $p<.005$). A análise factorial encontrou os 3 factores teorizados – Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção – tanto para o pai como para a mãe.

A versão do EMBU utilizada neste estudo foi a versão de Canavarro (1996) adaptada para adolescentes por Pereira (Pereira, 2001), posteriormente utilizada por Cunha (2005). Esta versão para adolescentes foi adaptada para se tornar mais adequada à população alvo, nomeadamente, as formas verbais foram alteradas para a segunda pessoa e alteradas do tempo passado para o tempo presente, para poderem avaliar práticas parentais actuais, e o item 9 foi alterado na fraseologia, por se verificar que era mal compreendido (Pereira, 2001).

Inventário de Vinculação na Adolescência – IPPA: Inventory of Parent and Peer Attachment (Armsden & Greenberg, 1987b); versão Portuguesa por Neves, Soares e Silva (1999)

O Inventário de Vinculação na Adolescência (Armsden & Greenberg, 1987b) é um instrumento para avaliar separadamente a qualidade afectiva das relações do adolescente com o pai, a mãe e os amigos, especificando o modo como estas figuras se constituem, enquanto fontes de segurança psicológica para o adolescente.

A versão inicial do IPPA, o *Inventory of Adolescent Attachment* (IAA) (Greenberg, Siegel, & Leitch, 1983), era constituída por duas subescalas – uma para os pais e outra para os amigos -, cuja análise factorial revelou duas dimensões (afecto e procura de proximidade) que incluíam 4 factores: afecto pais, afecto pares, procura de proximidade pais e procura de proximidade pares. Consoante os resultados nestes factores, os sujeitos eram classificados como evitantes (níveis baixos em ambas as dimensões), ambivalentes (baixo nível de afecto, mas elevada procura de proximidade) ou seguros (elevados níveis de afecto e de procura de proximidade) (Greenberg, Siegel, & Leitch, 1983). A segunda versão deste instrumento (Armsden & Greenberg, 1987a) foi construída de modo a cobrir, de uma forma mais compreensiva, os pressupostos teóricos de Bowlby (Bowlby, 1973). Continua a avaliar a qualidade das relações de vinculação com pais e amigos, separadamente, e surge nesta altura o nome *Inventory of Parent and Peer Attachment*. A sua análise factorial revelou 3 factores, tanto para a escala Pais como para a escala Amigos – Confiança, Comunicação e Alienação, possuindo a escala Pais 28 itens e a escala Amigos 25. Perante a constatação da não independência dos factores, a vinculação foi abordada como uma medida unifactorial, de forma a poder medir aspectos de segurança-insegurança ao longo de uma única dimensão, separadamente para os pais e para os amigos. Os autores (Armsden & Greenberg, 1987a) efectuaram uma classificação das diferenças individuais na vinculação, somando os resultados da Confiança e da Comunicação e subtraindo os resultados da Alienação, e classificando os sujeitos como Seguros (resultados médios ou altos na Confiança e Comunicação e médios ou baixos na Alienação) ou Inseguros (resultados

baixos na Confiança e Comunicação e médios ou elevados na Alienação).

Mais tarde, Armsden e Greenberg (1987b) efectuaram uma revisão deste questionário, de forma a avaliarem separadamente a vinculação do adolescente à mãe, ao pai e aos amigos. Da análise factorial, emergiram 3 factores que explicam 73% da variância: Vinculação ao Pai, Vinculação aos Amigos e Vinculação à Mãe, cada um com 25 itens, dando assim origem a 3 escalas independentes. A consistência interna das 3 escalas obteve valores elevados de Alfa de Cronbach ($\alpha=.87$ para a vinculação mãe, $\alpha=.89$ para a vinculação pai e $\alpha=.92$ para a vinculação amigos). No processo de classificação das diferenças individuais, os sujeitos foram classificados como possuindo uma Vinculação Segura em cada uma das escalas, se os resultados nessa escala se situassem acima da mediana e como possuindo uma Vinculação Insegura em cada escala, se o resultado nessa escala se situasse abaixo da mediana. Foram, assim, constituídos quatro grupos, ao nível da segurança da vinculação com os pais e dois ao nível da vinculação com os amigos. Em relação aos pais temos: 1) Relações Concordantes Seguras, se tanto a relação de vinculação com o pai como com a mãe são seguras; 2) Relações Concordantes Inseguras, se as relações com ambos os pais são inseguras; 3) Discordantes-Pai:relação segura, se apenas a relação como pai foi segura; 4) Discordantes-Mãe:relação segura, se apenas a relação com a mãe for segura. Relativamente aos amigos, temos uma relação de vinculação: 1) Segura ou 2) Insegura (Armsden & Greenberg, 1987b).

Mais recentemente, Gullone e Robinson desenvolveram e estudaram uma versão do IPPA para crianças dos 9 aos 15 anos (Gullone & Robinson, 2005).

O IPPA tem sido utilizado em vários estudos que confirmam a associação entre a qualidade da vinculação e o desenvolvimento de vários processos psicopatológicos, nomeadamente, ansiedade e depressão (Armsden & Greenberg, 1987a; Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990).

Em Portugal, o primeiro estudo com a versão revista do IPPA, foi o de Geada (1990), numa amostra de jovens toxicodependentes. Baseadas nesta versão revista do IPPA, Neves, Soares e Silva (1999) efectuaram um estudo desta escala no âmbito de uma investigação sobre a vinculação em adolescentes, em período de transição escolar. À semelhança de Armsden & Greenberg (1987b), cada uma das 3 escalas foi considerada como uma medida unifactorial, uma vez que a independência das escalas não foi garantida (Armsden & Greenberg, 1987a, 1987b). Neste estudo, as três escalas do IPPA revelaram novamente uma boa consistência interna, com coeficiente alpha de .92, .95 e .93, respectivamente, para as escalas mãe, pai e amigos, tendo sido replicada a estrutura de 3 factores. Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos na população Portuguesa (A. Cunha, 2003; M. Cunha, 2005).

No presente estudo, optámos por nos basear no estudo de Neves, Soares e Silva (1999), por ser aquele que segue mais de perto as indicações originais dos autores da versão revista, considerando cada escala como uma medida unifactorial. Igualmente baseados nesse estudo, embora a versão do IPPA contemplasse no enunciado os 25 itens em cada escala, no cálculo dos factores foram retirados os itens que não obtiveram loadings superiores a .35. Desta forma, as es-

calas Mãe e Pai ficaram com 21 itens cada uma, enquanto a escala Amigos manteve apenas 19. Os itens são respondidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1=Nunca ou Quase Nunca; 5=Quase Sempre ou Sempre), de forma que, quanto maior a pontuação maior a qualidade da relação de vinculação.

Questionário de Avaliação do Terapeuta e Questionário de Avaliação do Adolescente (Salvador & Pinto Gouveia)

Os dois questionários que agora descrevemos foram construídos especificamente para serem preenchidos no final do protocolo de intervenção da presente investigação.

Assim, para obter uma medida subjectiva das dificuldades que motivaram o adolescente a participar no grupo terapêutico e que ainda persistem, o terapeuta avalia, no Questionário de Avaliação do Terapeuta, em que medida essas dificuldades ainda são um problema e interferem na sua vida. Esta avaliação é efectuada numa escala de 7 pontos, desde “Deixaram de ser um problema para ele(a), não interferem em nada com a sua vida”, até “Ainda são um problema gravíssimo para ele(a), interferem e limitam tudo na sua vida”.

Para obter informação subjectiva acerca do programa terapêutico, bem como uma avaliação actual, também subjectiva, das dificuldades iniciais e das dificuldades ainda subsistentes no final da intervenção, o adolescente preenche o Questionário de Avaliação do Adolescente. Este questionário inclui várias questões sobre o programa, para serem respondidas numa escala tipo Likert de 10 pontos, bem como duas questões relativamente à avaliação subjectiva das dificuldades, antes de iniciar a intervenção e no momento actual, utilizando uma escala de 7 pontos semelhante à do Questionário de Avaliação do Terapeuta.

No quadro 5.1., apresentamos a lista dos instrumentos utilizados, bem como um resumo da sua informação mais relevante.

Para facilitar a compreensão e análise dos instrumentos utilizados, ao mesmo tempo que preservamos os direitos de autor, apresentamos em anexo: (1) a folha de rosto com sumário da entrevista, a secção de relações interpessoais e parte da secção de fobia social da ADIS-C; (2) o cabeçalho e os cinco primeiros itens de cada um dos questionários de auto-resposta; (3) o questionário de avaliação do terapeuta e o questionário de avaliação do adolescente para preencher no final da intervenção.

Quadro 5.1. Instrumentos utilizados

Questionário	Referências relacionadas	Construto avaliado	Informação	Amplitude	Intervalos normativos
Inventário de Ansiedade aos Testes - TAI	Spielberger <i>et al.</i> , 1980 Ponciano <i>et al.</i> , 2005	Ansiedade aos testes	Inventário de 20 itens, respondidos numa escala de 4 pontos	20-80	-
Reações aos Testes - RT	Sarason, 1984 Baptista <i>et al.</i> , 1989	Ansiedade aos testes	Questionário de 40 itens (34 na versão portuguesa, respondidos numa escala de 4 pontos)	34- 136	Sexo masculino 1.52 – 2.30 (DP=0.39) Sexo feminino 1.63 – 2.45 (DP=0.41)
Escala de Ansiedade Social para Adolescentes – SAS-A	La Greca & Lopez, 1998 Cunha <i>et al.</i> , 2004	Ansiedade social e evitamento	Escala de 22 itens, respondidos numa escala de 5 pontos	22-110	Sexo masculino 33.88 – 56.46 (DP=11.29) Sexo feminino 37.42 – 59.2 (DP=10.89)
Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes – EAESSA	Cunha <i>et al.</i> , 2004	Ansiedade social e evitamento	Escala de 34 itens, respondidos numa escala de 5 pontos	34-170	Sexo masculino Subescala de ansiedade 49.2 – 86.08 (DP=18.44) Subescala de evitamento 46.87 – 79.37 (DP=16.25) Sexo feminino Subescala de ansiedade 57.87- 95.73 (DP=18.93) Subescala de evitamento 54 -86.98 (DP=16.49)
Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes – EPASSA	Salvador, Pinto-Gouveia <i>et al.</i> , em preparação	Pensamentos automáticos	Escala de 29 itens, respondidos numa escala de 4 pontos	0-87	-
Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes – ECSSSA	Salvador, Cunha <i>et al.</i> , em preparação	Comportamentos de segurança	Escala de 20 itens, respondidos numa escala de 4 pontos	20-80	-

Questionário	Referências relacionadas	Construto avaliado	Informação	Amplitude	Intervalos normativos
Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social – SDS	Sheehan, 1983	Incapacitação	Escala de 3 itens, respondidos numa escala de 10 pontos	0–10	–
Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças – RCMAS	Reynolds & Richmond, 1978 Fonseca, 1992 Dias & Gonçalves, 1999 (cujos dados normativos adoptámos)	Ansiedade- traço	Escala de 37 itens, respondidos num formato de Sim/Não	0–37	Sexo masculino Subescala de ansiedade 8.78 – 19.46 (DP=5.34) Sexo feminino Subescala de ansiedade 9.11 – 20.83 (DP=5.86)
Inventário de Depressão para Crianças – CDI	Kovacs, 1985 Marujo, 1994 Dias & Gonçalves, 1999 (cujos dados normativos adoptámos)	Sintomas depressivos	Inventário de 27 itens, respondidos numa escala de 3 pontos	0–54	Ponto de corte 12 ou 19 Sexo masculino 5.13 – 15.33 (DP=5.10) Sexo feminino 5.64 – 17.96 (DP=6.16)
Escala de Inibição Comportamental – RSRI	Reznick <i>et al.</i> , 1992 Cunha & Pinto Gouveia, submetido	Inibição comportamental	Escala de 30 itens, respondidos numa escala de 3 pontos	30–150	–
Inventário de Ameaça Parental – PTI	Scher <i>et al.</i> , 2002	Comportamentos parentais de ameaça	Inventário de 17 itens, respondidos numa escala de 5 pontos; versão para pai e mãe	17–85	–
Memórias de Infância – EMBU	Perris <i>et al.</i> , 1980 Canavarro, 1996	Práticas educativas dos pais	Questionário de 23 itens, respondidos numa escala de 4 pontos; versão para pai e mãe	23–92	EMBU Pai 37.58 – 51.25 (DP=6.83) EMBU Mãe 41.16 – 53.76 (DP=6.3)

Questionário	Referências relacionadas	Construto avaliado	Informação	Amplitude	Intervalos normativos
Inventário de Vinculação na Adolescência – IPPA	Armsden & Greenberg, 1987b Neves <i>et al.</i> 1999	Qualidade afectiva das relações com pai, mãe e amigos	Inventário de 25 itens (versão portuguesa com 21 para pai e mãe e 19 para amigos), respondidos numa escala de 5 pontos; versão para pai, mãe e amigos	21-105 (versão para pais e mãe) 19-95 (versão para amigos)	IPPA Pai Sexo masculino 52.76 – 89.6 (DP=18.42) Sexo feminino 41.24 – 86.70 (DP=22.73) IPPA Mãe Sexo masculino 58.18 – 87.88 (DP=14.85) Sexo feminino 53.3 – 91.12 (DP=18.91) IPPA Amigos Sexo masculino 51.83 – 83.25 (DP=15.71) Sexo feminino 59.84 – 93.42 (DP=16.79)
Escala de Comparação Social - SCS	Allan & Gilbert, 1995 Gato & Pinto- Gouveia, 2003	Comparação social	Escala de 11 itens, respondidos numa escala de 10 pontos	11–110	–
Questionário de Avaliação do Terapeuta e Questionário de Avaliação do Adolescente	Salvador & Pinto Gouveia	Avaliação subjectiva do protocolo terapêutico e das dificuldades remanescentes			

2.3. Procedimentos e desenho da investigação

2.3.1. Procedimentos metodológicos

Apresentamos a seguir os procedimentos, divididos pelas diversas etapas que constituíram o presente estudo:

- (1) avaliação (pré-tratamento) dos adolescentes e sua divisão em três grupos de sujeitos: adolescentes com fobia social generalizada (FSG), adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) e adolescentes sem qualquer diagnóstico (N);
- (2) avaliação pré-tratamento (ou segunda avaliação do grupo de Lista de Espera) dos adolescentes com FSG que fizeram parte da Lista de Espera e/ou do grupo de Tratamento;
- (3) realização da intervenção terapêutica;
- (4) avaliação pós-tratamento dos sujeitos que realizaram a intervenção terapêutica;
- (5) avaliação, passado 1 mês do final do tratamento, dos sujeitos que o efectuaram;
- (6) avaliação, passados 3 meses do final do tratamento, de 5 sujeitos que o concluíram.

Descrevemos, em seguida, os procedimentos específicos, desenvolvidos cada etapa do estudo.

(Primeira) Avaliação Pré-Tratamento (e primeira avaliação dos sujeitos da lista de espera)

Na fase de avaliação pré-tratamento, todos os sujeitos da amostra preencheram os mesmos questionários e foram avaliados com a mesma entrevista diagnóstica – ADIS-C (Silverman & Albano, 1996). Os questionários utilizados foram o TAI (Inventário de Ansiedade aos Testes; Spielberger *et al.*, 1980), o RT (Reacções aos Testes; Sarason, 1980), a SAS-A (Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; La Greca & Lopez, 1998), a EAESSA (Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes; Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004), a EPASSA (Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; Salvador, Pinto-Gouveia, & Cunha, em preparação), a ECSSSA (Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; Salvador, Cunha, & Pinto-Gouveia em preparação), a Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social (Sheehan, 1983), a RCMAS (Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças; Reynolds & Richmond, 1978), o CDI (Inventário de Depressão para Crianças; Kovacs, 1985, 1992), a RSRI (Escala de Inibição Comportamental; Reznick, Hegeman, Kaufman, Woods, & Jacobs, 1992), a SCS (Escala de Comparação Social; Allan & Gilbert, 1995), o PTI (Inventário de Ameaça Parental; Scher, Stein, Ingram, Malcarne, & McQuaid, 2002), o EMBU (Memórias de Infância; Perris, Jacobsson, Lindstrom, von Knorring, & Perris, 1980) e o IPPA (Inventário de Vinculação na Adolescência; Armsden & Greenberg, 1987b).

Dos 18 adolescentes com FSG que constituíram o grupo de Tratamento, 6 não fizeram parte da lista de espera porque o tempo até à sua entrada no grupo terapêutico (cujo início estava já agendado) não o permitiu. Note-se, então, que estes 6 sujeitos efectuaram esta avaliação (a única pré-tratamento), aproximadamente na mesma altura em que os sujeitos da lista de espera efectuaram a segunda avaliação pré-tratamento, que descrevemos a seguir.

Segunda Avaliação Pré-tratamento (ou Segunda Avaliação do grupo de Lista de Espera)

Dos 24 adolescentes com fobia social generalizada que seleccionámos, 18 constituíram

também o grupo de lista de espera (número idêntico ao número de adolescentes que realizaram o tratamento). Destes 18 adolescentes que fizeram parte da lista de espera, 12 foram alvo de tratamento, tendo sido efectuada uma segunda avaliação pré-tratamento imediatamente antes da entrada no grupo terapêutico e nunca inferior a 3 meses de distância da primeira avaliação. Nesta segunda avaliação, os sujeitos preencheram novamente os questionários acima enunciados, excepto o PTI, RSRI, EMBU e IPPA, por se tratar de medidas que, em princípio, não alterariam em poucos meses e, ainda, para não os sobrecarregar com medidas de avaliação. A ADIS-C foi novamente realizada na íntegra.

Para os 6 adolescentes que não entraram em tratamento (mas que também fizeram parte da lista de espera), foi efectuada esta segunda avaliação, na altura em que nos foi comunicado que não seria possível a sua participação no estudo.

A segunda avaliação do grupo de lista de espera que seguiu para tratamento foi a utilizada como medida de pré-tratamento que foi depois comparada com a avaliação no pós-tratamento e *follow-up*.

Como dissemos atrás, nos 6 adolescentes do grupo de tratamento que, por razões de tempo, não fizeram parte da lista de espera, a medida utilizada para comparações com dados do pós-tratamento foi a primeira (e única).

Nenhum dos sujeitos da lista de espera que entrou em tratamento recebeu qualquer intervenção durante esse período, excepto uma adolescente com perturbação de pânico que recebeu terapia cognitivo-comportamental especificamente dirigida a essa perturbação. No entanto, a segunda avaliação pré-tratamento, ao final de 7 meses, não revelou diferenças significativas nas variáveis em estudo, não se tendo verificado alterações relativamente aos vários pontos de corte considerados para as várias escalas (e.g., embora tenha diminuído a pontuação da SAS-A de 78 para 67, continuou a estar acima do ponto de corte (55). O tempo médio de lista de espera foi de 6.7 meses.

Para melhor visualizar a composição dos grupos e divisão dos sujeitos pelos momentos de avaliação, apresentamos abaixo a Quadro 5.2.

Quadro. 5.2. Cronologia das avaliações e distribuição dos sujeitos por grupo

Lista de Espera 1	Lista de Espera 2 Pré-Tratamento	Pós-Tratamento	<i>Follow-up 1</i>	<i>Follow-up 2</i>
18 FSG	18 FSG = LE (a) 6 FSG (b) 24 FSG (total)	11 FSG 6 FSG 17 FSG (total)	16 FSG	5 FSG
Única avaliação				
18 FSESDE				
18 N				

Nota: (a) 6 adolescentes não iniciaram tratamento; 1 adolescente desistiu a meio do tratamento; (b) 6 adolescentes fizeram parte do grupo de tratamento e tiveram uma avaliação pré-tratamento mas não haviam sido avaliados no primeiro momento de lista de espera.

Com os pais dos adolescentes que seriam alvo da intervenção, foi efectuada uma sessão em que foram explicitados os objectivos do programa terapêutico. Nesta sessão, foi também recolhida informação acerca das dificuldades actuais, seu início e história de desenvolvimento. Os

pais responderam, ainda, à Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS-pais) que adaptámos para o efeito.

Intervenção terapêutica

A intervenção terapêutica em grupo foi levada a cabo nas instalações do Psikontacto - um centro terapêutico particular - por dois terapeutas de sexos opostos. Foram constituídos 4 grupos, com 4 a 5 adolescentes cada grupo, sendo todos acompanhados pelo mesmo par de terapeutas. As sessões tinham uma duração de 2 horas e uma periodicidade semanal. Para evitar a mortalidade experimental, a divisão dos sujeitos por grupo e a marcação das sessões teve por base a disponibilidade de horários dos adolescentes. Foi estabelecido que, se um dos elementos do grupo faltasse, essa sessão passaria para outro dia, tanto quanto possível ainda nessa semana, para que todos pudessem estar presentes. Por esta razão, o tratamento estendeu-se durante mais tempo do que prevíamos inicialmente, tendo durado cerca de 7 meses.

O programa “Ser Eu próprio entre os Outros” foi desenhado para proporcionar um conjunto sistemático de experiências que alterem visões negativas de si e dos outros, diminuam respostas de ansiedade e evitamento em situações sociais e de desempenho, permitam um desempenho social e académico mais eficaz e contribuam para atingir objectivos de vida.

Este protocolo terapêutico desenrola-se ao longo de 18 a 21 sessões de grupo e divide-se em três fases distintas, mas inter-relacionadas. A **primeira fase** – “Afinal somos todos Humanos” – desenrola-se ao longo de 6 sessões de grupo, incluindo ainda uma sessão individual, entre a quinta e sexta sessão, e uma sessão para pais, no final da sexta sessão. Esta fase encerra o componente psicoeducacional do programa, dedicado à compreensão do funcionamento humano, da ansiedade em geral e do modelo cognitivo da fobia social, bem como à construção do modelo idiossincrático em particular. Não obstante tratar-se de uma fase psicoeducacional, são utilizadas, preferencialmente, técnicas experienciais, para melhor compreensão da informação veiculada.

A **segunda fase** – “Será mesmo assim?” – é uma fase breve de 2 ou 3 sessões de grupo que têm como objectivo “abalar” visões do eu e dos outros e preparar a fase seguinte. Durante estas sessões, são realizadas experiências comportamentais, dentro e fora do gabinete (acompanhadas pelos terapeutas), que permitam a confrontação com informação desconfirmatória, relativamente ao que antecipam de si e dos outros em situações sociais e/ou de desempenho. Esta fase inicia o componente de exposição. No final destas sessões, é realizada uma sessão individual, uma sessão para pais e uma sessão para professores, com o objectivo de facilitar a mudança.

A **terceira fase** – “Mudar e ser eu próprio” – é a fase mais longa do programa, incluindo 10 a 12 sessões grupais. Nesta fase, o componente principal é a exposição, efectuada através de frequentes experiências comportamentais, em que se enfatiza a não utilização de comportamentos de segurança e a direcção da atenção para a tarefa em questão, com recurso sistemático ao *video-feedback*. Ao longo destas sessões, são trabalhados temas relacionados com o desempenho em situações de teste e apresentações de trabalhos, dar e receber elogios, lidar com a crítica, fazer uma crítica ou discordar, fazer e recusar pedidos, pedir a alguém que mude um

comportamento, cometer erros e tomar a iniciativa de iniciar ou juntar-se a uma conversa. Um componente ausente deste protocolo diz respeito a estratégias de debate cognitivo, incluindo-se, em vez dele, um componente de aceitação e desenvolvimento de uma atitude compassiva. A este propósito, é realizada uma sessão individual dedicada à auto-crítica e, ao longo das experiências comportamentais, é salientado o desenvolvimento de uma atitude de aceitação da experiência interna (pensamentos, sentimentos e sensações). Esta fase inclui, ainda, uma sessão grupal, uma sessão individual e uma sessão com os pais para prevenção de recaídas, bem como sessões de *follow-up* que funcionam também como sessões de reforço e de manutenção dos ganhos (*booster sessions*).

O estabelecimento de tarefas para casa é uma constante ao longo de todo o protocolo.

Existe ainda a possibilidade de marcar pequenas sessões individuais para trabalhar aspectos pessoais que não puderam ser trabalhados no grupo.

Por este estudo consistir, sobretudo, na elaboração deste novo protocolo terapêutico e no estudo da sua eficácia, optámos por abordá-lo em pormenor e em separado, numa secção distinta (ver Manual do protocolo “Ser Eu próprio entre os Outros”).

Avaliação pós-tratamento

Na avaliação pós-tratamento, os adolescentes preencheram todos os questionários que haviam preenchido na (primeira) avaliação pré-tratamento. A ADIS-C foi passada, novamente na íntegra, para permitir retirar informação não só sobre a presença ou ausência de fobia social, mas também sobre comorbilidades. Aos pais foi novamente pedido o preenchimento da Escala de Incapacitação de Sheehan adaptada e foi efectuada uma sessão, para avaliação dos ganhos terapêuticos ou das dificuldades que ainda persistissem.

Avaliações de follow-up

As avaliações no *follow-up* de um e 3 meses incluíram a passagem completa da ADIS-C e de todos os questionários, excepto PTI, RSRI, EMBU e IPPA, pelas razões anteriormente referidas. Por constrangimentos de tempo, só nos foi possível realizar a avaliação do *follow-up* de 3 meses a 5 dos adolescentes do grupo de tratamento. Uma vez que os adolescentes da lista de espera foram também alvo de tratamento, não pudemos dispor, obviamente, de dados de *follow-up* de um grupo de Lista de Espera.

2.3.2. Desenho da investigação

Na comparação entre os 3 grupos, descrita no estudo 1, utilizámos os dados dos 24 adolescentes com fobia social generalizada, dos 18 adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar e dos 18 adolescentes que fizeram parte do grupo de controlo normal. Comparámos os dois grupos clínicos em variáveis clínicas, não existentes no grupo normal, e comparámos os três grupos em todas as outras variáveis (cf. Capítulo 6).

Quanto ao estudo de resultados de tratamento (estudo 2), dispúnhamos da amostra distribuída em cinco momentos de avaliação, consoante ilustramos no quadro 5.3 e Figura 5.1.

Quadro 5.3. Divisão dos adolescentes pelos vários momentos de avaliação

Lista de Espera 1	Lista de Espera 2 / Pré-Tratamento	Pós-tratamento	Follow-up 1 mês	Follow-up 3 meses
12 seguiram para tratamento	12 avaliados no momento anterior e que seguiram para tratamento	11 avaliados nos dois momentos anteriores	10 avaliados nos três momentos anteriores	5 avaliados nos quatro momentos anteriores
6 não seguiram para tratamento	6 avaliados no momento anterior e que não seguiram para tratamento	6 não avaliados no momento anterior	6 apenas avaliados no momento anterior	6 apenas avaliados nos dois momentos anteriores
Total 18	24	17	16	5

Nota: As figuras representadas a carregado representam os sujeitos que fizeram parte deste estudo.



Figura 5.1. Divisão dos adolescentes pelos vários momentos de avaliação.

Como se depreende, 11 adolescentes do grupo de lista de espera, iniciaram e terminaram o tratamento. Por esta razão, porque alguns sujeitos eram diferentes nos dois grupos (Lista de Espera e Tratamento), não poderíamos efectuar uma Anova de medidas repetidas com 17 sujeitos e, porque alguns sujeitos eram os mesmos nos dois grupos, não poderíamos realizar análises intergrupo para grupos independentes.

Assim, para potencializarmos os dados de que dispúnhamos, realizámos o desenho de investigação que a seguir se descreve.

Em primeiro lugar, como queríamos investigar em que medida as variáveis em estudo se alteravam ao longo do tempo de lista de espera (tempo médio de espera de 6.7 meses), realizámos a comparação entre um primeiro e um segundo momento de avaliação do grupo de lista de espera, utilizando os dados dos 18 adolescentes que foram avaliados nestes dois momentos (cf. Figura 5.2).



Figura 5.2. Amostra do estudo do grupo de Lista de Espera (As figuras a carregado representam os sujeitos que fizeram parte deste estudo)

Em segundo lugar, efectuámos a avaliação entre o pré-tratamento e o pós-tratamento, utilizando os dados dos 17 adolescentes que iniciaram e terminaram a intervenção terapêutica (cf. Figura 5.3).



Figura 5.3. Amostra do estudo entre o pré-tratamento e o pós-tratamento

Em terceiro lugar, como 10 adolescentes se mantiveram constantes ao longo de 4 avaliações (início da lista de espera – pré-tratamento – pós-tratamento e *follow-up* de um mês), utilizámos os dados destes 10 adolescentes para levar a cabo um estudo longitudinal que permitia a leitura completa das diferenças dos mesmos sujeitos ao longo de todo o processo de investigação, e um teste único a todo o desenho de investigação (cf. Figura 5.4).



Figura 5.4. Amostra do estudo longitudinal de quatro momentos no tempo

Por último, como dispúnhamos de dados do *follow-up* de 3 meses de 5 adolescentes, utilizámo-los para efectuar uma comparação entre estes dados e os dados do pós-tratamento (cf. Figura 5.5).



Figura 5.5. Amostra do estudo do follow-up de 3 meses.

No final destes estudos efectuámos ainda um pequeno estudo acerca de possíveis factores de influência do resultado, bem como a avaliação subjectiva do programa terapêutico.

2.3.3. Procedimentos estatísticos

A análise estatística foi realizada recorrendo ao *software* para tratamento estatístico de dados SPSS, versão 17.0.

Os procedimentos estatísticos específicos utilizados nos diferentes estudos que constituem este trabalho serão descritos no início de cada um dos pontos referentes à descrição dos resultados

Síntese

Neste capítulo, apresentámos os objectivos que orientaram a presente investigação, bem como, as hipóteses específicas colocadas para o estudo de eficácia do tratamento.

O procedimento de selecção da amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos e o desenho da investigação foram, pormenorizadamente, descritos.

Nos capítulos que se seguem, apresentaremos a descrição dos resultados e a sua discussão.

CAPÍTULO

6

Capítulo 6

Descrição de resultados - Estudo 1. Caracterização da Fobia Social

Com este estudo, tivemos como objectivo explorar características dos adolescentes com fobia social, diferenciando fobia social generalizada e fobia social específica a situações de desempenho escolar. Interessava-nos saber em que medida os dois grupos clínicos se diferenciavam ou não entre si e em que medida cada um deles se diferenciava de um grupo sem qualquer psicopatologia.

Para dispormos de uma apresentação mais clara dos dados deste estudo, como, aliás, dos seguintes, procedemos à divisão e agrupamento das variáveis estudadas. Desta forma: (1) o grupo das “variáveis clínicas” ficou constituído pela classificação de interferência efectuada pelo adolescente na ADIS-C, pela interferência global obtida a partir da média dos valores das três subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan, pela classificação da gravidade do diagnóstico efectuada pelo terapeuta, pela duração da fobia social e pelo número de diagnósticos adicionais; (2) às variáveis referentes às relações interpessoais pesquisadas pela ADIS-C, denominámos “relações interpessoais”; (3) como “variáveis relacionadas com ansiedade social”, considerámos: o número de situações da secção de fobia social da ADIS-C pontuadas com valores iguais ou superiores a 4 (que calculámos separadamente), os factores e respectivos totais de todas as escalas relacionadas com ansiedade social, nomeadamente, o Inventário de Ansiedade aos Testes (TAI), o Reacções aos Testes (RT), a Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), a Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), a Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA), a Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA) e a Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social (SDS) (em alguns estudos, este conjunto de variáveis inclui, também, a Escala de Incapacitação de Sheehan para pais); (4) as “variáveis de ansiedade e depressão” incluíram a Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (RCMAS) e o Inventário de Depressão para Crianças (CDI); (5) finalmente, as “variáveis temperamentais, familiares e sociais” incluíram o Inventário de Inibição Comportamental (RSRI), o Inventário de Ameaça Parental (PTI), o Memórias de Infância (EMBU), o Inventário de Vinculação na Adolescência (IPPA) e a Escala de Comparação Social (SCS).

1. Amostra

Considerámos neste estudo a amostra total de 60 adolescentes, divididos nos três grupos em estudo: adolescentes com fobia social generalizada (FSG), adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) e adolescentes sem qualquer psicopatologia (N).

Na descrição e comparação dos três grupos de adolescentes que constituem a amostra, analisaram-se as características pessoais e escolares destes indivíduos.

Na análise por **género**, verificámos que a maioria da amostra é do género feminino ($n= 40$; 66.7% da amostra global), e que esta distribuição foi equivalente nos três grupos em estudo (58.3% no grupo com fobia social generalizada; 72.2% no grupo com fobia social específica a situações de desempenho escolar e 72.2% no grupo de controlos normais). As diferenças de género, medidas através do teste de qui-quadrado, não se revelaram estatisticamente significativas [$\chi^2_{(2)}= 1.250$; $p= .535$] (cf. Quadro 6.1).

Quadro 6.1: Distribuição dos grupos em estudo por género. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças

Grupos	Género masculino		Género feminino		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	10	41.7	14	58.3	24	100.0		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	5	27.8	13	72.2	18	100.0	1.250	.535
Normais	5	27.8	13	72.2	18	100.0		
Total	20	33.3	40	66.7	60	100.0		

Quanto à **idade**, observou-se que a média de anos da amostra foi de 15.95 ($DP= .79$), sendo as médias dos grupos bastante próximas entre si – 15.96 ($DP= .81$) no grupo com fobia social generalizada, 16.11 ($DP= .83$) no grupo com fobia social específica a situações de desempenho escolar e 15.78 ($DP= .73$) no grupo de normais. Os valores médios de idade não se apresentaram estatisticamente significativos, quando calculada uma análise da variância (*One-way ANOVA*) [$F_{(2, 57)}= .797$; $p= .456$], sendo possível concluir que os adolescentes dos três grupos não se distinguiram na idade (cf. Quadro 6.2).

Quadro 6.2: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades dos grupos em estudo. ANOVA para verificação de diferenças

Grupos	N	M	DP	F	p
Fobia Social Generalizada	24	15.96	.81		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	18	16.11	.83	.797	.456
Normais	18	15.78	.73		
Total	60	15.95	.79		

Na comparação por **anos de escolaridade**, observámos uma média geral de anos de escolaridade de 10.82 anos ($DP= .75$). Os três grupos possuem médias entre os 10.62 anos ($DP=$

77; no grupo de normais) e 11.00 ($DP=.83$; no grupo com fobia social generalizada). Estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas [$F_{(2, 57)} = 1.237$; $p = .298$] (cf. Quadro 6.3).

Quadro 6.3: Médias (M) e desvios-padrão (DP) dos anos de escolaridade dos grupos em estudo. ANOVA para verificação de diferenças

Grupos	N	M	DP	F	p
Fobia Social Generalizada	24	11.00	.83		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	18	10.72	.58	1.237	.298
Normais	18	10.67	.77		
Total	60	10.82	.75		

Quanto ao estatuto socio-económico, os grupos são equilibrados, estando a maioria dos adolescentes situados nos estatutos médio e alto (na amostra total: $N = 26$; 43.3% em cada um destes dois estatutos). O teste de qui-quadrado aponta para a não existência de diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(4)} = 2.556$; $p = .635$] (cf. Quadro 6.4).

Quadro 6.4: Distribuição dos grupos em estudo por estatuto socioeconómico. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças

Grupos	Baixo		Médio		Alto		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	5	20.8	10	41.7	9	37.5	24	100.0		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	1	5.6	9	50.0	8	44.4	18	100.0	2.556	.635
Normais	2	11.1	7	38.9	9	50.0	18	100.0		
Total	8	13.3	26	43.3	26	43.3	60	100.0		

2. Procedimentos estatísticos

Na análise inferencial, optou-se por recorrer a técnicas de estatística univariada paramétricas, na medida em que possuíamos valores amostrais acima do valor mínimo recomendado ($n=30$; no nosso caso as análises realizaram-se com 60 ou com 42 alunos), grupos relativamente equilibrados (número de indivíduos por grupo não heterogéneo) e cumprimento parcial dos pressupostos de distribuição. Esta opção prende-se com o facto deste grupo de estatísticas se revelar como mais robusto, no apoio à decisão estatística acerca dos efeitos, mesmo quando existem violações moderadas de alguns pressupostos (Howell, 2007; Reis *et al.*, 2001).

Assim, quando se pretendeu verificar diferenças médias entre dois grupos relativamente a uma variável numérica, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes (design não relacionado). Na análise do valor de prova e do nível de significância, atendeu-se à existência de homogeneidade da variância (através do teste de Levene), sendo considerada a correcção disponibilizada pelo software, sempre que esta homogeneidade não se verificava (Howell, 2007).

Quando a variável que agrupava os indivíduos possuía mais de duas categorias e a variável dependente era numérica, foi efectuada uma análise da variância, unifactorial, (One-way ANOVA). O teste de Tukey foi o escolhido para as comparações post-hoc, por ser o mais robusto e adequado a comparações não planeadas, quando não existem violações expressivas dos pressupostos. Em alternativa, recorreu-se ao teste de Games- Howell sempre que se pretendeu uma correcção para a não existência de homogeneidade da variância (Howell, 2007).

No caso de se pretender calcular diferenças entre variáveis categoriais, recorreu-se ao teste de qui-quadrado de Pearson (Howell, 2007).

3. Resultados

3.1. Comparação dos dois grupos clínicos nas variáveis clínicas Interferência e gravidade

No estudo dos dois grupos clínicos quanto à interferência e gravidade do diagnóstico de fobia social, foram calculados testes t de *Student*, para amostras independentes, tendo sido possível verificar que os grupos não distinguem ($t_{(40)} = .447, p = .657$ para a interferência; $t_{(40)} = 1.945, p = .060$ para a gravidade) (cf. Quadro 6.5).

Quadro 6.5: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da interferência e da gravidade do diagnóstico de fobia social dos grupos em estudo. Teste t de Student (design não-relacionado) para verificação de diferenças

Medidas	Grupos	N	M	DP	t	p
Interferência	Fobia Social Generalizada	24	6.38	.92	.447	.657
	Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	18	6.50	.86		
Interferência SDStotal	Fobia Social Generalizada	24	7.06	1.40	8.834	.000
	Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	18	3.70	.92		
Gravidade	Fobia Social Generalizada	24	6.79	.51	1.945	.060
	Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	18	6.44	.62		

No entanto, a questão da interferência e da gravidade mereceu-nos reflexão. Efectivamente, o valor de interferência que considerámos refere-se ao grau de interferência subjectiva, incluído na ADIS-C, que o adolescente atribui às suas dificuldades. A questão que é colocada na ADIS-C implica perguntar “quanto é que este problema te tem atrapalhado na escola, em casa ou com os amigos?”. Por outro lado, a gravidade atribuída pelo clínico, também requerida pela ADIS-C, baseia-se no mesmo tipo de avaliação. Assim, tanto a interferência como a gravidade podem dizer respeito apenas a um contexto. Como as dificuldades dos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar se limitam à esfera escolar, as classificações assim obtidas podem apenas revelar em que medida as dificuldades interferem no contexto escolar e não na vida em geral. Por este motivo, decidimos obter uma outra medida de interferência global, calculando a média das 3 subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS). No que se refere à medida compósita de interferência obtida pela média das pontuações das três subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan constatámos que os dois grupos clí-

nicos se diferenciavam significativamente ($t_{(40)} = 8.834, p = .000$), sendo o grupo de fobia social generalizada o que apresentava as médias de pontuações mais elevadas. Esta medida indica, claramente, como as dificuldades deste grupo comprometem, global e significativamente, a sua vida quotidiana em diversos contextos.

Duração

Quanto à duração da fobia social, verificámos, através do teste de Qui-quadrado de Pearson, que os dois grupos se distinguem significativamente [$\chi^2_{(2)} = 19.678; p = .000$]. Assim, verificámos que os adolescentes com fobia social generalizada apresentaram durações mais longas do que os adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar. Por exemplo, enquanto que uma percentagem substancial de adolescentes com fobia social generalizada (41.7%) afirmou que a fobia social esteve presente desde sempre, nenhum dos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar afirmou o mesmo, situando-se a maioria destes numa duração de 1 a 2 anos (cf. Quadro 6.6).

Quadro 6.6: Distribuição dos grupos em estudo pela duração da fobia social. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças

Grupos	1 a 2 anos de duração		3 a 10 anos de duração		Desde sempre		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	1	4.2	13	54.2	10	41.7	24	100.0	19.678	.000
Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	11	61.1	7	38.9	-	-	18	100.0		
Total	12	28.6	20	47.6	10	23.8	42	100.0		

Para além desta análise, fomos averiguar a média da duração da fobia social nos casos em que ela não existiu desde sempre. Desta forma, retirámos os 10 casos que afirmavam que tinham tido dificuldades sociais marcadas desde sempre e calculámos e comparámos as durações médias dos 2 grupos. Conforme pudemos constatar no quadro 6.7., embora o grupo de adolescentes com fobia social generalizada apresente uma duração média mais elevada ($M = 4.14; DP = 1.17$) do que o grupo de adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar ($M = 3.06; DP = 1.73$), esta diferença não chega a atingir significado estatístico ($t_{(30)} = 2.017, p = .053$).

Quadro 6.7: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da duração média da fobia social (em anos) dos grupos em estudo. Teste t de Student (design não-relacionado) para verificação de diferenças

Medidas	Grupos	N	M	DP	t	p
Duração Média	Fobia Social Generalizada	14	4.14	1.17	2.017	.053
	Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	18	3.06	1.73		

Atendendo a que a média das idades dos dois grupos foi de cerca de 16 anos, os resultados deste quadro parecem apontar para uma idade de início no começo da adolescência. Para ob-

termos uma medida fidedigna desta idade de início, calculámos, então, a diferença entre a idade de cada adolescente e a duração da fobia social, continuando a não considerar os adolescentes que afirmaram ter uma fobia social desde sempre. A comparação dos dois grupos clínicos nesta variável está apresentada no quadro 6.8. De acordo com este quadro, podemos concluir que, efectivamente, o início da fobia social em ambos os grupos é relativamente precoce. Os adolescentes com fobia social generalizada apresentaram uma idade de início um pouco mais baixa ($M= 11.93$; $DP= 1.44$), comparativamente aos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar ($M= 13.06$; $DP= 2.24$). Todavia, esta diferença não se apresentou como estatisticamente estatística ($t_{(40)}= 1.638$, $p= .112$).

Quadro 6.8: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da idade de início da fobia social (em anos) dos grupos em estudo. Teste t de Student (design não-relacionado) para verificação de diferenças

Medidas	Grupos	N	M	DP	t	p
Idade de início	Fobia Social Generalizada	14	11.93	1.44	1.638	.112
	Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	18	13.06	2.24		

Comorbilidade

Relativamente à comorbilidade, utilizámos o número de diagnósticos comórbidos, para comparar os dois grupos. Constatámos que os grupos se distinguiam significativamente nesta variável ($t_{(40)}= 2.216$, $p= .032$), tendo sido os adolescentes com fobia social generalizada que apresentaram maior número de diagnósticos comórbidos ($M= 1.29$; $DP= 1.20$) (cf. Quadro 6.9).

Quadro 6.9: Médias (M) e desvios-padrão (DP) do número de diagnósticos comórbidos dos grupos em estudo. Teste t de Student (design não-relacionado) para verificação de diferenças

Medidas	Grupos	N	M	DP	t	p
Nº de diagnósticos comórbidos	Fobia Social Generalizada	24	1.29	1.20	2.216	.032
	Fobia Social Específica de situações de desempenho escolar	18	.56	.86		

Quanto ao tipo de diagnósticos apresentados, verificámos que o diagnóstico mais frequente foi o de Fobia Específica (13 sujeitos no grupo de fobia social generalizada e 6 no grupo de fobia social específica a situações de desempenho). Encontrámos, ainda, diagnósticos de Perturbação de Ansiedade Generalizada, Ansiedade de Separação, Perturbação de Pânico e Perturbação de Pós-Stress Traumático (cf. Quadro 6.10).

Para além dos valores registados no quadro, refira-se que dos 13 adolescentes com fobia social generalizada (FSG) que apresentavam o diagnóstico de fobia específica, 5 apresentavam apenas uma fobia específica, 3 apresentavam duas fobias específicas e 5 apresentavam três fobias específicas. Por sua vez, dos 6 adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE), 3 apresentavam apenas uma fobia específica e os restantes 3 apresentavam duas fobias específicas. Por outras palavras, se adicionarmos todas as perturba-

ções comórbidas teremos 32 perturbações comórbidas no grupo FSG, das quais, 26 (81.25%) eram fobias específicas. No grupo FSESDE, verificámos a existência de 10 perturbações comórbidas, das quais 6 (60%) eram fobias específicas.

Quadro 6.10: Distribuição dos grupos em estudo pelos diagnósticos comórbidos

Grupos	Fobia Específica		Perturbação de Ansiedade Generalizada		Perturbação de Ansiedade de Separação		Perturbação de Pânico		Perturbação de Pós-Stress Traumático	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fobia Social Generalizada	13	54.2	3	12.5	1	4.2	1	4.2	1	4.2
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	6	33.3	-	-	1	5.6	-	-	-	-
Total	19	45.2	3	7.1	2	4.8	1	2.4	1	2.4

De notar ainda que alguns destes diagnósticos eram também comórbidos entre si, isto é, existiam vários sujeitos que, para além do diagnóstico de fobia social (generalizada ou específica a situações de desempenho escolar) apresentavam um ou mais diagnósticos comórbidos (e.g., ansiedade generalizada e uma ou mais fobias específicas).

Para dar uma ideia mais concreta da distribuição do número de diagnósticos comórbidos pelos dois grupos, apresentamos o Quadro 6.11. Da sua análise, podemos destacar que, enquanto a maioria dos adolescentes do grupo FSESDE não apresentava qualquer diagnóstico comórbido (66.7%), dos adolescentes com FSG apenas 7 (29.2%) não apresentavam comorbidade; 70.8% dos adolescentes deste último grupo apresentava um, dois ou três diagnósticos comórbidos. Por outro lado, enquanto que 6 adolescentes (25%) do grupo FSG apresentavam três diagnósticos comórbidos com a fobia social, isso não aconteceu para nenhum dos adolescentes do grupo FSESDE.

Quadro 6.11: Distribuição dos grupos em estudo pelo número de diagnósticos comórbidos

Grupos	Nenhum diagnóstico comórbido		1 diagnóstico comórbido		2 diagnósticos comórbidos		3 diagnósticos comórbidos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fobia Social Generalizada	7	29.2	8	33.3	3	12.5	6	25.0	24	100.0
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	12	66.7	2	11.1	4	22.2	-	-	18	100.0
Total	19	45.2	10	23.8	7	16.7	6	14.3	42	100.0

3.2. Comparação dos três grupos nas relações interpessoais

A ADIS-C dedica uma secção à pesquisa de informação referente às relações interpessoais. Sendo esta uma área primordial e, habitualmente, afectada na fobia social, optámos por

incluir e explorar esta informação. Desta forma, apresentamos as comparações dos três grupos em estudo nas seguintes variáveis: quantidade de amigos, desejo de ter ou não mais amigos, número de melhores amigos¹, duração da amizade relativamente aos melhores amigos², dificuldade em fazer amigos, dificuldade em manter amigos, envolvimento em actividades extra-curriculares em grupo e desejo de passar a maior parte do tempo sozinho ou com outros adolescentes.

Amigos

Relativamente à **quantidade de amigos**, verificámos que os grupos se distinguiram significativamente [$\chi^2_{(2)} = 34.224$; $p = .000$]. A maioria dos adolescentes com fobia social generalizada referiu ter menos amigos do que os colegas (66.7%), enquanto que a maioria dos sujeitos pertencentes aos dois outros grupos referiu ter o mesmo número de amigos que os colegas (66.7% e 83.3%) (cf. Quadro 6.12).

Quadro 6.12: Distribuição dos grupos em estudo por quantidade de amigos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças

Grupos	Mais amigos		Menos amigos		Iguais nº de amigos		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	-	-	16	66.7	8	33.3	24	100.0		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	6	33.3	-	-	12	66.7	18	100.0	34.224	.000
Normais	2	11.1	1	5.6	15	83.3	18	100.0		
Total	8	13.3	17	28.3	35	58.3	60	100.0		

Na sequência da pergunta relativa à quantidade de amigos, a ADIS-C pergunta a seguir se o adolescente **gostava de ter mais amigos** do que os que tem. Relativamente a esta variável, verificámos que existiam diferenças significativas entre os grupos [$\chi^2_{(2)} = 17.938$; $p = .000$]. Neste ponto, a maioria dos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar referiu que não gostaria de ter mais amigos (72.2%), enquanto que a maioria dos adolescentes com fobia social generalizada e os normais referiram que gostariam de ter mais amigos (87.5% e 77.8%, respectivamente) (cf. Quadro 6.13).

¹De referir que a ADIS-C apenas pergunta “tens algum melhor amigo?” e não o número de melhores amigos. No entanto, tendo em conta a experiência clínica, que aponta para o facto de os adolescentes com fobia social terem melhores amigos, embora muito poucos, decidimos perguntar também quantos melhores amigos tinham. É essa variável que apresentamos.

²Relativamente a esta variável, no caso de haver durações diferentes no tempo de amizade para diferentes amigos, considerámos sempre o tempo de amizade mais longo como o dado a introduzir e a considerar para futuros cálculos.

Quadro 6.13: Distribuição dos grupos em estudo relativamente ao desejo de ter mais amigos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças

Grupos	Queria ter mais amigos		Não queria ter mais amigos		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	21	87.5	3	12.5	24	100.0		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	5	27.8	13	72.2	18	100.0	17.938	.000
Normais	14	77.8	4	22.2	18	100.0		
Total	40	66.7	20	33.3	60	100.0		

Na variável referente ao **número de melhores amigos**, observámos, através de uma análise da variância unifactorial, que, em média, os adolescentes com fobia social generalizada (FSG) possuíam 2.42 melhores amigos ($DP= 1.32$), os adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) 4.72 ($DP= 3.12$) e os adolescentes sem patologia (N) 3.67 ($DP= 2.20$) (cf. Quadro 6.14). Adicionalmente, sabemos que 45.8% dos adolescentes do grupo FSG apenas possuía um ou dois amigos, o que apenas acontecia a 22.2% dos outros dois grupos, e que 45.8% do grupo FSG possuía 3 ou mais melhores, o que acontecia com 72.2% do grupo FSESDE e com 72.2% dos adolescentes sem patologia. Constatámos que os grupos se distinguiram significativamente [$F_{(2, 57)}= 5.507; p= .007$] quanto ao número de melhores amigos. Numa análise mais fina, através do procedimento *post-hoc* no teste de Games-Howell, verificámos que os adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar se distinguiram significativamente dos adolescentes com fobia social generalizada, por possuírem, em média, mais melhores amigos ($p= .020$). Os adolescentes sem psicopatologia não se distinguiram de nenhum dos outros dois grupos (cf. Quadro 6.14).

Quadro 6.14: Médias (M) e desvios-padrão (DP) do número de melhores amigos. ANOVA para verificação de diferenças

Grupos	N	M	DP	F	p
Fobia Social Generalizada	24	2.42	1.32		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	18	4.72	3.12	5.507	.007
Normais	18	3.67	2.20		
Total	60	3.48	2.41		

Relativamente à **duração da amizade** com os melhores amigos, calculada em anos, constatámos que eram os adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) que mantinham os melhores amigos, em média, há mais tempo ($M= 8.00; DP= 3.25$), seguidos dos adolescentes do grupo de controlo normal (N) ($M= 7.17; DP= 4.55$) e, finalmente, dos adolescentes com fobia social generalizada (FSG) ($M= 5.08; DP= 3.91$). Mais ainda, sabemos que 41.7% dos adolescentes com FSG mantinham os melhores amigos há 3 anos, 41.7% num período entre 4 e 9 anos e apenas 16.7% há mais de 10 anos. Contrariamente, a maioria dos adolescentes dos grupos de FSESDE (50%) e N (38.9%), respectivamente, mantinham a amizade com os melhores amigos há mais de 10 anos e apenas 11.1% do grupo

FSESDE e 27.8% do grupo N mantêm amizades entre 0 e 3 anos. Não obstante esta tendência para o grupo FSG apresentar tempos de amizade menos longos, os grupos não se distinguiram de forma estatisticamente significativa [$F_{(2,57)} = 3.102; p = .053$] (cf. Quadro 6.15).

Quadro 6.15: Médias (M) e desvios-padrão (DP) relativamente à duração da amizade com os melhores amigos (em anos). ANOVA para verificação de diferenças

Grupos	N	M	DP	F	p
Fobia Social Generalizada	24	5.08	3.91		
Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	18	8.00	3.25	3.102	.053
Normais	18	7.17	4.55		
Total	60	6.58	4.08		

Considerando a **dificuldade em fazer** e/ou em **manter amigos**, fizemos uma constatação curiosa. Enquanto que, relativamente à dificuldade em fazer amigos, os grupos se distinguiram significativamente [$\chi^2_{(2)} = 40.905; p = .000$], com a maioria dos adolescentes com fobia social generalizada a referir que tinham dificuldades nesse aspecto (87.5%) e a maioria dos adolescentes dos outros dois grupos a não referir dificuldades (94.4%), já na questão relativa a dificuldades na manutenção dos amigos os grupos não se distinguiram significativamente [$\chi^2_{(2)} = 2.634; p = .268$] — a maioria dos adolescentes dos três grupos refere não ter dificuldades em manter os amigos (cf. Quadro 6.16).

Quadro 6.16: Distribuição dos grupos em estudo relativamente à dificuldade em fazer e em manter amigos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças

Grupos	Dificuldade em fazer amigos		Sem dificuldade em fazer amigos		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	21	87.5	3	12.5	24	100.0		
Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	1	5.6	17	94.4	18	100.0	40.905	.000
Normais	1	5.6	17	94.4	18	100.0		
Total	23	38.3	37	61.7	60	100.0		

Grupos	Dificuldade em manter amigos		Sem dificuldade em manter amigos		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	3	12.5	21	87.5	24	100.0		
Fobia Social Especifica a situações de desempenho escolar	1	5.6	17	94.4	18	100.0	2.634	.268
Normais	-	-	18	100	18	100.0		
Total	4	6.7	56	93.3	60	100.0		

Actividades extra-curriculares

Quanto ao envolvimento em actividades extra-curriculares em grupo, encontrámos que a maioria dos adolescentes com fobia social generalizada (66.7%) não estava envolvida em qual-

quer actividade deste género, enquanto a maioria dos adolescentes dos outros dois grupos estava (55.6% dos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar e 61.1% do grupo normal). Porém, estas diferenças não foram estatisticamente significativas [$\chi^2_{(2)} = 3.715; p = .156$] (cf. Quadro 6.17).

Quadro 6.17: Distribuição dos grupos em estudo relativamente ao envolvimento em actividades extra-curriculares em grupo. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças

Grupos	Com actividades extra-curriculares em grupo		Sem actividades extra-curriculares em grupo		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	8	33.3	16	66.7	24	100		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	10	55.6	8	44.4	18	100	3.715	.156
Normais	11	61.1	7	38.9	18	100		
Total	4	6.7	56	93.3	60	100.0		

Relativamente ao desejo de como passar a maior parte do tempo – sozinho ou com outros adolescentes – verificámos que os grupos não se distinguiram significativamente [$\chi^2_{(2)} = 1.525; p = .466$]. A grande maioria dos adolescentes com fobia social generalizada (95.8%) e a totalidade dos adolescentes dos restantes dois grupos referiram que preferiam passar a maior parte do tempo com os pares (cf. Quadro 6.18).

Quadro 6.18: Distribuição dos grupos em estudo relativamente ao desejo de passar a maior parte do tempo sozinho ou com amigos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças

Grupos	Com outros adolescentes		Sozinho		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Fobia Social Generalizada	23	95.8	1	4.2	24	100.0		
Fobia Social Específica a situações de desempenho escolar	18	100	-	-	18	100.0	1.525	.466
Normais	18	100	-	-	18	100.0		
Total	59	98.3	1	1.7	60	100.0		

3.3. Comparação dos três grupos nas variáveis relacionadas com ansiedade social

Nas medidas relacionadas com ansiedade social, verificámos, através de uma análise da variância (One-way ANOVA), que todos os resultados foram estatisticamente significativos. Numa análise mais fina, averiguámos entre que grupo se localizavam essas diferenças, recorrendo a testes *post-hoc* Tukey ou Games-Howell, consoante a variável apresentasse ou não uma distribuição homogénea da variância.

Ansiedade aos testes

Relativamente às medidas de ansiedade aos testes, Inventário de Ansiedade aos Testes (TAI) e Reacção aos Testes (RT), verificámos que os dois grupos clínicos - adolescentes com fobia social generalizada (FSG) e adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) - nunca se distinguiram significativamente entre si, apresentando sempre valores significativamente superiores ao grupo dos controlos normais (N). A única excepção ocorreu no factor Pensamento Irrelevantes do RT, em que o grupo FSESDE pontuou significativamente mais do que os grupos FSG e N (que não se distinguiram entre si). O grupo FSESDE foi aquele que pontuou sempre mais alto nas medidas de ansiedade aos testes, seguido do grupo FSG e N (cf. Quadro 6.19). Sabemos, ainda, que 62.5% dos adolescentes do grupo FSG e 66.7% dos adolescentes do grupo FSESDE obtiveram pontuações totais no RT que ultrapassaram o limite superior do intervalo normativo³, o que apenas aconteceu com 5.6% (1 adolescente) do grupo N. Esta diferença entre os grupos revelou-se significativa [$\chi^2_{(2)} = 17.533; p = .000$].

Ansiedade social e evitamento

Na medida **Medos Sociais**, que construímos a partir da ADIS-C, contabilizando o número de situações assinaladas com valores de medo iguais ou superiores a 4, constatámos que existiam diferenças estatisticamente significativas [$F_{(2, 57)} = 118.705; p = .000$] e, no teste *post-hoc*, todos os grupos se diferenciaram significativamente entre si, tendo sido o grupo de fobia social generalizada (FSG) o que apresentou resultados mais elevados ($M = 14.38; DP = 3.83$), seguido do grupo de fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) ($M = 4.28; DP = 2.24$) e do grupo de controlos normais (N) ($M = 1.44; DP = 1.76$) (cf. Quadro 6.19).

Na Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A) e respectivos factores, o grupo FSG apresentou, sistematicamente, valores significativamente mais elevados, quando comparado com o grupo FSESDE e N, sendo que estes dois últimos não se distinguiram entre si. Isto aconteceu para os factores Desconforto e Evitamento em Situações Sociais Novas, Desconforto e Evitamento Social Generalizado e Total da escala. Apenas para o factor Medo de Avaliação Negativa, este padrão não se verificou; neste factor, todos os grupos se diferenciaram significativamente entre si [$F_{(2, 57)} = 28.744; p = .000$], com o grupo FSG a apresentar valores mais elevados ($M = 14.38; DP = 3.83$), seguido dos grupos FSESDE ($M = 4.28; DP = 2.24$) e N ($M = 1.44; DP = 1.76$), respectivamente (cf. Quadro 6.19). Na comparação, relativamente à percentagem de adolescentes que ultrapassaram o ponto de corte de 55 indicado por Cunha (2005), verificámos que os grupos se distinguiram significativamente [$\chi^2_{(2)} = 41.197; p = .000$]. Cerca de 83% dos adolescentes com fobia social generalizada ultrapassaram este ponto de corte, o que apenas aconteceu com um adolescente (5.6%) com fobia social específica a situações de desempenho escolar e nenhum adolescente do grupo normal.

³No caso de os valores normativos estarem descritos por sexos, e para não dividirmos os grupos clínicos consoante o sexo, o que implicaria cálculos com número de sujeitos muito reduzido, optámos por ser mais restritivos e considerar o valor superior do intervalo normativo mais baixo. Por exemplo, no RT o valor superior do intervalo normativo é 2.30 para os rapazes e 2.45 para a raparigas; nos cálculos, considerámos o valor de 2.30 como “ponto de corte”.

Na Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), considerando a maior parte dos factores de ambas as subescalas e o total da subescala de ansiedade, voltámos a encontrar o padrão anterior: o grupo FSG apresentou os valores mais elevados e diferenciou-se significativamente dos grupos de FSESDE e N, que não se diferenciaram entre si. As excepções a este padrão situaram-se no factor Desempenho em Situações Formais, quer na subescala de Ansiedade quer na subescala de Evitamento, e no Total da subescala de Evitamento. Relativamente à subescala de ansiedade, os dois grupos clínicos não se distinguiram significativamente nas pontuações de ansiedade em situações de desempenho, diferenciando-se os dois, de forma estatisticamente significativa, do grupo N. No que respeitou à subescala de Evitamento, todos os grupos se distinguiram significativamente entre si no factor Desempenho em Situações Formais e no Total da subescala, com o grupo FSG a apresentar maiores pontuações, seguido do grupo de FSESDE que também se distinguiu do grupo N, o qual apresentou as pontuações mais baixas (cf. Quadro 6.19).

Quanto à percentagem de adolescentes dos 3 grupos que ultrapassava o ponto de corte de 71 (média das duas subescalas), sugerido por Cunha (2005), encontrámos uma diferença significativa entre os grupos [$\chi^2_{(2)} = 43.558; p = .000$]. Mais uma vez, a grande maioria dos adolescentes do grupo FSG (95.8%) ultrapassou este ponto de corte, o que apenas aconteceu para 22.2% dos adolescentes do grupo FSESDE, não tendo acontecido com nenhum adolescente do grupo N.

Pensamentos automáticos e comportamentos de segurança

Na Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA), verificámos que os dois grupos clínicos não se distinguiram entre si, distinguindo-se ambos significativamente do grupo N (cf. Quadro 6.19).

Já na Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA), foi o grupo FSG que diferiu significativamente dos outros dois grupos (que não se distinguiram entre si), apresentando valores mais elevados de frequência com que utilizam comportamentos de segurança (cf. Quadro 6.19). Embora o grupo FSESDE manifestasse uma tendência para apresentar pontuações mais elevadas do que o grupo N, esta diferença não atingiu níveis de significância estatística.

Incapacitação

Na Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS), e no que diz respeito à interferência da fobia social na vida escolar, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos clínicos, embora ambos se tenham diferenciado do grupo normal. No que se refere à interferência, tanto na vida social como na vida afectiva, verificámos que o grupo FSG se diferenciou significativamente dos dois outros grupos (que não se diferenciaram entre si), ao apresentar valores de incapacitação significativamente superiores (cf. Quadro 6.19).

Considerando como ponto de corte o valor médio 5⁴, fomos investigar como se dividiam

⁴A adopção deste ponto de corte teve como base o ponto de corte da ADIS-C, para considerar a interferência como significativa. Possuindo a ADIS-C uma escala de 0 a 8 pontos para classificação da interferência, es-

os grupos em cada subescala da SDS e na média das três subescalas. Os três grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas em todas estas variáveis. Na subescala relativa à incapacitação na área escolar, verificámos que 75% dos adolescentes com fobia social generalizada e 100% dos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar se situavam acima do ponto de corte, o que acontecia apenas com um adolescente do grupo normal. Já na subescala referente à vida social, todos os adolescentes com fobia social generalizada apresentaram níveis de incapacitação maiores ou iguais a 5, o que não aconteceu com nenhum adolescente dos outros dois grupos. Novamente, as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas [$\chi^2_{(2)} = 60.000$; $p = .000$]. No que diz respeito à subescala relativa à vida afectiva, 21 adolescentes com fobia social generalizada (87.5%) classifica a incapacitação com valores iguais ou superiores a 5, o que apenas aconteceu com um adolescente com fobia social específica a situações de desempenho escolar (5.6%) e não aconteceu com nenhum adolescente sem psicopatologia. Estas diferenças entre os grupos revelaram-se estatisticamente significativas [$\chi^2_{(2)} = 44.629$; $p = .000$]. Finalmente, na média de incapacitação das três subescalas, mais uma vez se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$\chi^2_{(2)} = 38.646$; $p = .000$], com 21 adolescentes com fobia social generalizada (87.5%) a apresentarem valores de interferência superiores ao ponto de corte, comparativamente a 3 adolescentes com fobia social específica (16.5%) e a zero do grupo de controlos normais.

Quadro 6.19: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com ansiedade social em função dos grupos em estudo. Análise da Variância (ANOVA) para verificação das diferenças

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Post-hoc
TAI							
Preocupação	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	18.13	6.24	18.839	.000	FSESDE, FSG>N
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	20.39	4.05			
	Normais (N)	18	11.06	2.84			
Emocionalidade	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	23.33	6.51	22.385	.000	FSESDE, FSG>N
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	25.28	4.64			
	Normais (N)	18	14.39	3.78			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	52.5	13.86	27.632	.000	FSESDE, FSG>N
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	57.89	8.75			
	Normais (N)	18	32.5	7.89			
RT							
Pensamentos Irrelevantes	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	17.46	5.18	6.47	0.003	FSESDE> FSG, N
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	22.06	6.8			
	Normais (N)	18	15.39	5.2			

ta é considerada significativa se possuir um valor igual ou superior a 4. Pelo mesmo raciocínio, sendo a Escala de Incapacitação de Sheehan uma escala entre 0 e 10 pontos, considerámos como significativos valores iguais ou superiores a 5.

Tensão	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	25.46	7.33			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	28.5	4.77	25.091	.000	FSESDE, FSG>N
	Normais (N)	18	15.06	5.13			
Preocupação	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	24.96	6.7			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	25.78	4.43	19.249	.000	FSESDE, FSG>N
	Normais (N)	18	15.78	4.47			
Sintomas Somáticos	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	13.08	5.17			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	14.44	4.84	6.94	0.002	FSESDE, FSG>N
	Normais (N)	18	9.11	2.85			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	80.96	19.32			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	90.78	16.39	21.594	.000	FSESDE, FSG>N
	Normais (N)	18	55.33	13.18			
Medos Sociais (Sit. ADIS>4)	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	14.38	3.83			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	4.28	2.24	118.705	.000	FSG > FSESDE >N
	Normais (N)	18	1.44	1.76			
SAS-A							
Medo de Avaliação Negativa	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	24.75	4.15			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho (FSE)	18	17.61	5.76	28.744	.000	FSG> FSESDE >N
	Normais (N)	18	13.44	4.9			
Desconforto e Evitamento em Situações Sociais Novas	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	28.33	3.33			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	16.67	3.91	77.505	.000	FSG> FSESDE, N
	Normais (N)	18	15.33	4.17			
Desconforto e Evitamento Social Generalizado	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	14.38	4.34			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	8.67	2.03	22.749	.000	FSG> FSESDE, N
	Normais (N)	18	8.22	2.8			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	67.46	10.22			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	42.94	8.26	60.314	.000	FSG> FSESDE, N
	Normais (N)	18	37	10.09			
EAESSA Ansiedade							
Interacção em Situações Novas	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	29.79	4.52			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	17.22	6.39	48.667	.000	FSG> FSESDE, N
	Normais (N)	18	14.94	5.14			

Interação com o Sexo Oposto	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	13.75	5.21				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	6.39	2.15	28.403	.000	FSG>N, FSESDE	
	Normais (N)	18	6.5	2.01				
Desempenho em Situações Formais	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	17.29	4.53				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	14.5	3.85	30.682	.000	FSG, FSESDE >N	
	Normais (N)	18	8	2.64				
Interação Assertiva	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	21.54	5.35				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	12.28	4.32	37.055	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	10.94	2.75				
Observação pelos Outros	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	15.54	6.07				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	8.22	2.51	20.484	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	8.17	2.73				
Comer e Beber em Público	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	7.04	3.37				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	3.56	0.86	18.783	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	3.33	0.77				
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	104.96	22.92				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	62.17	15.67	51.126	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	51.89	12.64				
EAESSA Evitamento								
Interação em Situações Novas	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	10.13	3.01				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	5.28	1.81	36.071	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	4.61	1.61				
Interação com o Sexo Oposto	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	19.5	6.98				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	10.11	3.56	25.113	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	9.83	2.96				
Desempenho em Situações Formais	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	21.5	7.64				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	15.39	5.49	19.431	.000	FSG> FSESDE >N	
	Normais (N)	18	10.17	2.55				
Interação Assertiva	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	19	5.56				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	12.28	3.91	23.186	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	10.44	2.41				
Observação pelos Outros	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	10.71	5.74				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	6.83	2.48	7.703	0.001	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	6.28	1.97				
Comer e Beber em Público	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	5.67	2.76				
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	3.56	1.2	9.626	.000	FSG> FSESDE, N	
	Normais (N)	18	3.39	0.61				

Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	95.21	24.87			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	58.78	11.95	41.071	.000	FSG> FSESDE >N
	Normais (N)	18	49	7.7			
EPASSA	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	51.79	19.58			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	43.39	20.15	17.005	.000	FSG, FSESDE >N
	Normais (N)	18	19.56	12.86			
ECSSSA	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	48.29	10.59			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	40.44	7.33	12.943	.000	FSG> FSESDE, N
	Normais (N)	18	34.89	6.4			
SDS							
Área Escolar	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	6.54	2.27			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	7.5	0.86	50.705	.000	FSESDE, FSG>N
	Normais (N)	18	2.28	1.41			
Vida Social	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	7.63	1.38			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	1.89	1.57	95.341	.000	FSG>N, FSESDE
	Normais (N)	18	2.33	1.65			
Vida Afectiva	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	7	2.38			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	1.72	1.71	48.126	.000	FSG>N, FSESDE
	Normais (N)	18	2	1.65			

Nota: TAI - Inventário de Ansiedade aos Testes; RT - Reacção aos Testes; SAS-A - Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; EAESSA - Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA - Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA - Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan

Em síntese, nas variáveis de ansiedade aos testes (exceptuando o factor Pensamentos Irrelevantes) e na Escala de Incapacitação de Sheehan relativa à área escolar, os adolescentes dos dois grupos clínicos nunca se diferenciaram entre si, diferenciando-se significativamente do grupo normal. Já nas restantes variáveis de ansiedade social, os adolescentes com fobia social generalizada (FSG) distinguiram-se significativamente dos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) e dos controlos normais (N), ao apresentarem valores significativamente mais elevados nestas medidas. A única excepção verificou-se no factor Desempenho em Situações Formais da subescala de ansiedade, em que os dois grupos clínicos não apresentaram diferenças significativas. Por outro lado, os adolescentes FSESDE e os adolescentes do grupo N apenas se distinguiram significativamente nas variáveis de ansiedade aos testes, na Escala de Incapacitação de Sheehan-área escolar, no número de medos assinalados na ADIS-C com valores iguais ou superiores a 4, no factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A e no factor Desempenho em Situações Formais de ambas as subescalas da EAESSA, pontuando o grupo FSESDE de uma forma significativamente mais elevada.

3.4. Comparação dos três grupos nas variáveis de ansiedade e depressão

Relativamente às medidas de ansiedade e depressão, representadas, respectivamente, pela Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (RCMAS) e pelo Inventário de Depressão para Crianças (CDI), verificámos que os dois grupos clínicos não se distinguiram entre si, diferenciando-se do grupo de controlos normais por possuírem valores significativamente superiores. Este padrão não se verificou no factor de mentira da RCMAS, em que nenhum grupo apresentou diferenças significativas nas suas pontuações (cf. Quadro 6.20). Porém, outras análises permitiram complementar esta informação. Em primeiro lugar, embora, como acabámos de referir, os dois grupos clínicos se distinguissem do grupo normal nos valores de ansiedade da RCMAS, nenhum dos adolescentes destes dois grupos ultrapassou o valor superior do intervalo normativo para essa escala (19.46); ou seja, todos os adolescentes dos 3 grupos estavam dentro dos valores normativos sugeridos para a RCMAS (Dias & Gonçalves, 1999).

Quadro 6.20: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de ansiedade e depressão, Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (RCMAS) e Inventário de Depressão para Crianças (CDI), em função dos grupos em estudo. Análise da Variância (ANOVA) para verificação das diferenças

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Post-hoc
RCMAS Ansiedade	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	14.54	3.87	16.620	.000	FSG, FSESDE >N
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	14.06	5.26			
	Normais (N)	18	7.33	3.82			
Mentira	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	3.29	2.12	1.127	.331	-
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	2.83	2.18			
	Normais (N)	18	3.94	2.44			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	17.83	4.35	11.325	.000	FSG, FSESDE >N
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	16.89	5.50			
	Normais (N)	18	11.28	4.01			
CDI	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	14.46	6.83	12.093	.000	FSG, FSESDE >N
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	13.44	3.24			
	Normais (N)	18	6.72	4.57			

Nota: RCMAS – Escala Revista de Ansiedade para Crianças; CDI – Inventário de Depressão para Crianças

Em segundo lugar, relativamente ao CDI, sabendo que os autores se dividem quanto ao ponto de corte - ≥ 12 (Garvin, Leber, & Kalter, 1991; Joffe, Dobson, Fine, Marriage, & Haley, 1990) ou 19 (Kendall, Stark, & Adam, 1990; Lobovits & Handal, 1985; Ollendick & Yule, 1990) -, fomos também calcular o número de adolescentes de cada grupo que ultrapassava os dois pontos de corte sugeridos na literatura. Quando considerámos o ponto de corte ≥ 12 , os grupos diferiam significativamente [$\chi^2_{(2)} = 11.500$; $p = .003$], sendo esta diferença motivada pelo facto de a maioria dos adolescentes dos dois grupos clínicos ultrapassar este valor de cor-

te (62.5% do grupo FSG e 66.7% do grupo FSESDE), comparativamente ao grupo N (16.7%). Por outro lado, se considerássemos antes o valor de corte 19, a distribuição do CDI era distinta nos grupos [$\chi^2_{(2)} = 8.182; p = .017$], sendo porém o grupo FSG o que se distinguia dos restantes, por possuir 20.8% dos adolescentes acima deste valor, o que não acontecia para nenhum adolescente do grupo FSESDE, nem do grupo N.

3.5. Comparação dos três grupos nas variáveis temperamentais, familiares e sociais

Na medida de temperamento - Escala de Inibição Comportamental (RSRI) - o grupo de adolescentes com fobia social generalizada apresentou pontuações significativamente mais elevadas do que os outros dois grupos em estudo nos dois factores e no Total da escala. O grupo de adolescentes com fobia social específica e os controlos normais não se distinguiram entre si nas mesmas medidas. No factor Medos/Doenças, os adolescentes com fobia social generalizada não se distinguiram dos adolescentes de nenhum dos outros dois grupos (cf. Quadro 6.21).

Nas medidas que diziam respeito a **variáveis familiares** (PTI, EMBU, IPPAmãe e IPPApai), os três grupos não se distinguiram entre si (cf. Quadro 6.21).

Quando utilizámos na comparação os valores de corte do EMBU (37 para o EMBU- pai e 41 para o EMBU mãe; Canavarro, 1996) e do IPPA, constatámos, também, que os grupos apenas se distinguiram na variável de vinculação aos amigos [$\chi^2_{(2)} = 8.182; p = .017$], com 20.8% dos adolescentes com fobia social generalizada a situar-se abaixo do intervalo normativo (51, para os rapazes e 59 para as raparigas; Neves, 1999), o que não aconteceu com nenhum adolescente dos dois outros grupos.

Relativamente à **vinculação aos amigos** (IPPA amigos), o grupo de adolescentes com fobia social generalizada sobressai, por possuir valores de vinculação significativamente inferiores aos dos outros dois grupos, os quais não se distinguiram entre si (cf. Quadro 6.21).

No que diz respeito à Escala de Comparação Social (SCS), constatámos que o grupo de adolescentes com fobia social generalizada se destacou, por possuir sempre valores significativamente inferiores aos outros dois grupos, quer para os factores da escala, quer para o seu total. O grupo de adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar e o grupo de controlos normais nunca se distinguiram significativamente entre si (cf. Quadro 6.21).

Quadro 6.21: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas temperamentais, familiares e sociais em função dos grupos em estudo. Análise da Variância (ANOVA) para verificação das diferenças

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Post-hoc
RSRI	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	37.04	8.52			
Escola/Situações Sociais	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	26.17	6.43	18.245	.000	FSG > FSESDE, N
	Normais (N)	18	24.06	7.24			

Medos/Doenças	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	26.38	5.90			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	23.89	6.14	3.347	.042	FSG > N
	Normais (N)	18	21.33	6.84			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	80.00	12.55			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	65.44	13.04	14.045	.000	FSG > FSESDE, N
	Normais (N)	18	59.33	13.78			
PTI pai Ameaça de Rejeição	Fobia Social Generalizada (FSG)	17	9.41	1.06			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	15	9.93	1.39	.798	.457	-
	Normais (N)	12	9.83	1.27			
Ameaça de Abandono	Fobia Social Generalizada (FSG)	17	4.53	1.07			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	15	4.33	.82	.165	.848	-
	Normais (N)	12	4.42	1.00			
Ameaça de Punição/ Negligência	Fobia Social Generalizada (FSG)	17	7.59	3.06			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	15	6.53	2.70	2.742	.076	-
	Normais (N)	12	5.33	1.23			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	17	21.53	4.05			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	15	20.80	3.91	.985	.382	-
	Normais (N)	12	19.58	2.68			
PTI mãe Ameaça de Rejeição	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	9.63	1.21			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	10.72	2.47	1.667	.198	-
	Normais (N)	18	10.28	2.19			
Ameaça de Abandono	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	4.79	1.41			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	4.61	1.20	1.709	.190	-
	Normais (N)	18	5.67	2.72			
Ameaça de Punição/ Negligência	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	5.42	1.25			-
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	6.61	2.77	1.653	.201	
	Normais (N)	18	5.94	2.26			

Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	19.83	2.46			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	21.94	5.59	1.229	.300	-
	Normais (N)	18	21.89	6.77			
EMBU pai Suporte Emocional	Fobia Social Generalizada (FSG)	23	20.74	4.48			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	22.39	4.08	.794	.457	-
	Normais (N)	17	22.06	4.84			
Rejeição	Fobia Social Generalizada (FSG)	23	9.91	1.83			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	11.56	4.30	2.283	.112	-
	Normais (N)	17	9.59	2.48			
Sobreprotecção	Fobia Social Generalizada (FSG)	23	15.17	4.99			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	14.94	3.75	.481	.621	-
	Normais (N)	17	13.88	3.69			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	23	47.13	7.42			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	50.33	6.48	1.607	.210	-
	Normais (N)	17	46.71	5.80			
EMBU mãe Suporte Emocional	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	22.21	3.28			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	23.22	3.17	.767	.469	-
	Normais (N)	18	23.44	4.02			
Rejeição	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	11.67	1.99			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	12.89	4.68	1.064	.352	-
	Normais (N)	18	11.44	2.83			
Sobreprotecção	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	16.75	5.02			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	15.89	3.16	.515	.600	-
	Normais (N)	18	15.44	4.08			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	50.63	7.25			
	Fobia Social Especifica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	52.00	5.90	.359	.700	-
	Normais (N)	18	50.33	5.52			

IPPA mãe	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	75.54	16.33	2.203		
	Fobia Social Específica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	82.89	15.70		.120	-
	Normais (N)	18	85.11	14.52			
IPPA pai	Fobia Social Generalizada (FSG)	23	69.09	18.56			
	Fobia Social Específica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	75.50	21.60	1.582	.215	-
	Normais (N)	17	79.18	13.15			
IPPA Amigos	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	67.54	17.76			
	Fobia Social Específica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	85.22	6.66	12.475	.000	FSG<N, FSESDE
	Normais (N)	18	83.61	9.13			
SCS Hierarquia	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	23.25	5.77			
	Fobia Social Específica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	32.33	6.47	16.888	.000	FSG<N, FSESDE
	Normais (N)	18	31.72	4.86			
Ajustamento	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	30.33	9.72			
	Fobia Social Específica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	37.72	5.28	6.048	.004	FSG<N, FSESDE
	Normais (N)	18	36.78	6.12			
Total	Fobia Social Generalizada (FSG)	24	57.08	15.61			
	Fobia Social Específica de situações de desempenho escolar (FSESDE)	18	76.11	13.07	14.096	.000	FSG<N, FSESDE
	Normais (N)	18	75.06	9.31			

Nota: RSRI – Escala de Inibição Comportamental; IPPA - Inventário de Ameaça Parental; EMBU - Memórias de Infância; IPPA - Inventário de Vinculação na Adolescência (IPPA); SCS – Escala de Comparação Social

Síntese

Neste capítulo, apresentámos os resultados da comparação dos três grupos em estudo. Era nosso objectivo, fundamentalmente, caracterizar os adolescentes com fobia social generalizada (FSG) e os adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE).

Os dois grupos clínicos apresentaram semelhanças, bem como diferenças significativas entre si.

No que diz respeito às diferenças, nas variáveis clínicas, os adolescentes com FSG distinguiram-se significativamente dos adolescentes com FSESDE por apresentarem uma maior interferência geral, uma maior duração da perturbação e maiores níveis de comorbilidade associados. Nas variáveis interpessoais, os dois grupos apresentaram, também, diferenças significativas, sendo que os adolescentes com FSG referiram ter menos amigos, menos melhores amigos, menor tempo de duração da amizade e menor envolvimento em actividades extra-curriculares, do que os adolescentes com FSESDE. Para além disso, a maioria destes últimos referiu não querer ter mais amigos, enquanto que os adolescentes com FSG referiu querer. Nas variáveis relacionadas com ansiedade social, constatámos que os adolescentes com FSG se destacavam por apresentarem um maior número de me-

dos sociais, valores superiores de ansiedade e evitamento, tanto em situações de interação, como em situações de desempenho formal, maior frequência da utilização de comportamentos de segurança e maior interferência das dificuldades no funcionamento social e afectivo. Na variável de depressão, o grupo de FSG apresentou um maior número de adolescentes acima do ponto de corte, considerando um ponto de corte de 19. Foram também os adolescentes com FSG que apresentaram valores significativamente superiores de inibição comportamental e valores significativamente inferiores de vinculação aos amigos e de comparação social.

Relativamente às semelhanças entre os dois grupos clínicos, verificámos que não se distinguiram em termos de manutenção das amizades e de preferência em passar a maior parte do tempo com os pares. Mais ainda, os adolescentes com FSG e os adolescentes com FSESDE não se distinguiram em praticamente nenhuma variável relacionada com situações de desempenho formal, apresentando valores muito semelhantes de ansiedade e de incapacitação nessas situações. As excepções verificaram-se no factor Pensamentos Irrelevantes, do RT, em que os adolescentes com FSESDE obtiveram, em médias, valores significativamente mais elevados, bem como no factor de evitamento de situações de desempenho formal da EAESSA, em que os adolescentes com FSG obtiveram, em média, valores significativamente superiores aos dos adolescentes com FSESDE. Os grupos não se distinguiram, ainda, na frequência de pensamentos automáticos nas situações-problema, nos valores de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva, inclusivamente quando o ponto de corte para o CDI foi de 12. Não se distinguiram também em nenhuma das variáveis familiares.

Na comparação entre o grupo de adolescentes sem psicopatologia e o grupo de adolescentes com FSG, de referir que os dois grupos apenas não se distinguiram na variável de dificuldade de manutenção das amizades, em quererem ter mais amigos, em quererem passar a maior parte do tempo com os pares, no factor Pensamentos Irrelevantes do RT e nas variáveis familiares. Em todas as outras variáveis, os adolescentes com FSG apresentaram sempre resultados no sentido de maiores dificuldades, tanto a nível de relações interpessoais, medos sociais, ansiedade e evitamento de situações sociais, sintomatologia ansiosa e depressiva, como a nível de vinculação aos amigos e comparação social. Apresentaram, ainda, valores significativamente superiores de inibição comportamental.

Quanto à comparação entre os adolescentes sem psicopatologia e os adolescentes com FSESDE, verificámos que as diferenças fundamentais disseram respeito ao número de medos sociais, a todas as variáveis relacionadas com ansiedade, evitamento e incapacitação em situações formais de desempenho, no factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A, no total da subescala de evitamento da EAESSA, na frequência de pensamentos automáticos, nos valores de sintomatologia ansiosa e depressiva. Em todos estes factores, os adolescentes com FSESDE apresentaram resultados significativamente superiores. Os dois grupos não se distinguiram em nenhuma outra variável.

CAPÍTULO



Capítulo 7

Descrição de resultados - Estudo 2. Eficácia de tratamento

O estudo que descreveremos neste capítulo constituiu, desde sempre, o objectivo principal desta investigação. Tendo construído um protocolo de intervenção terapêutica para adolescentes com fobia social generalizada (“Ser Eu Próprio entre os Outros”), queríamos investigar em que medida o novo protocolo poderia contribuir para melhorias importantes das dificuldades sociais apresentadas por estes adolescentes.

Assim, e como referimos nos objectivos e hipóteses (ponto 1. do Capítulo 5), começámos por estudar as diferenças entre dois momentos de avaliação de um grupo de Lista de Espera (ou seja, sem intervenção). Em seguida, para estudar o grupo de Tratamento, averiguámos possíveis diferenças entre o pré e o pós-tratamento, efectuámos um estudo longitudinal ao longo de 4 momentos no tempo (início da lista de espera, pré-tratamento, pós-tratamento e *follow-up* de um mês) e realizámos um estudo do *follow-up* de 3 meses. Posto isto, fomos averiguar a possível influência de factores moderadores nos resultados terapêuticos e, por fim, quisemos saber qual a avaliação subjectiva que os adolescentes faziam do protocolo terapêutico.

Descrevemos, neste capítulo, todos os estudos realizados e os dados obtidos.

1. Diferenças no grupo de Lista de Espera: 2 tempos de avaliação

1.1. Amostra

A amostra que constituiu o grupo de Lista de Espera (LE) consistiu em 18 adolescentes com fobia social generalizada, 8 (44.4%) recolhidos na clínica e 10 (55.6%) recolhidos na escola, avaliados em dois momentos no tempo. Destes 18 adolescentes, 7 (38.9%) eram do sexo masculino e 11 (61.1%) do sexo feminino. A média de idades foi de 16.06 anos ($DP = .873$) e a média dos anos de escolaridade, de 11.11 ($DP = .758$). Quanto ao estatuto socio-económico, a maioria (77.8%) dos adolescentes pertencia ao estatuto médio ou alto (38.9% cada) e uma percentagem mais baixa (22.2%), pertencia ao estatuto socio-económico baixo.

Relativamente à comorbidade, 13 adolescentes (72.2%) apresentava, pelo menos, um diagnóstico comórbido e 5 adolescentes (27.8%) não possuíam nenhuma condição comórbida. Da análise do quadro 7.1, podemos, ainda, constatar que 33.3% da amostra apresentava 1 diagnóstico comórbido, 11.1%, apresentava 2 outros diagnósticos e 27.8% reportava a existência de 3 diagnósticos, para além do diagnóstico principal de fobia social.

Quadro 7.1: Distribuição do número de diagnósticos comórbidos no grupo de Lista de Espera

Grupos	Nenhum diagnóstico comórbido		1 diagnóstico comórbido		2 diagnósticos comórbidos		3 diagnósticos comórbidos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo de Tratamento	5	27.8	6	33.3	2	27.8	5	27.8	18	100.0

Ao analisar o tipo de condições comórbidas presentes na amostra, verificámos que 50% dos adolescentes preenchia critérios para, pelo menos, uma fobia específica, 11.1% apresentava uma perturbação de ansiedade generalizada, 5.6% uma perturbação de ansiedade de separação, 5.6% preenchia critérios para uma perturbação de pânico e 5.6% manifestava uma perturbação de stress pós-traumático (cf. Quadro 7.2).

Dos 9 adolescentes que apresentavam fobias específicas, 2 apresentavam apenas uma, 3 apresentavam duas fobias específicas e 4 apresentavam três fobias específicas. De notar, ainda, que dois dos diagnósticos apresentados neste quadro eram comórbidos entre si (uma fobia específica e uma perturbação de ansiedade generalizada).

Quadro 7.2: Distribuição dos diagnósticos comórbidos no grupo de Lista de Espera

Grupo	Fobia Específica		Perturbação de Ansiedade Generalizada		Perturbação de Ansiedade de Separação		Perturbação de Pânico		Perturbação de Pós-Stress Traumático	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lista de Espera	9	50	2	11.1	1	5.6	1	5.6	1	5.6

1.2. Procedimentos estatísticos

Nas comparações entre grupos, e quando existiam grupos com um número reduzido de sujeitos, optou-se por técnicas de estatística não paramétricas. Neste caso, quando o objectivo foi comparar diferenças numa variável contínua, considerando uma variável independente com dois níveis (alunos provenientes da escola ou da clínica), recorreu-se ao teste de Mann-Whitney (Howell, 2007).

Nas comparações intra-grupos, optou-se pelo teste t de Student para amostras dependentes (design relacionado), quando o objectivo foi comparar o mesmo grupo de sujeitos em dois tempos de avaliação, numa variável contínua (Howell, 2007).

No caso da variável a comparar ser categorial e se distribuir numa tabela 2x2, recorreu-se ao teste de McNemar-Bowker, que assume as diferenças em função de dois momentos de avaliação no tempo (Pestana & Gageiro, 2003). Relativamente a este teste não se apresentou, ao longo da secção de resultados, o valor de prova, uma vez que este não é disponibilizado pelo software utilizado (SPSS, v 17.0).

1.3. Análises iniciais: Equivalência entre o grupo recolhido da escola e o grupo recolhido na clínica

Alguns autores referem que as amostras recolhidas na clínica podem ser significativamente diferentes das amostras recolhidas em escolas (ou através de anúncios) (e.g., Kazdin, 2000;

Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995). Por este motivo, e atendendo a que tínhamos como objectivo juntar a amostra recolhida na escola com a recolhida na clínica, quisemos avaliar em que medida essas diferenças se verificariam na nossa amostra. Não esperávamos, à partida, grandes diferenças, uma vez que os adolescentes seleccionados pertenciam ao mesmo ciclo escolar (secundário) e apresentavam valores de interferência e gravidade acima de 5 (quando o mínimo seria 4).

Assim, consideraram-se as variáveis demográficas e um conjunto de medidas clínicas, interpessoais e derivadas de questionários de auto-resposta relacionadas com a fobia social, para comparar os adolescentes com fobia social generalizada (FSG) recolhidos na escola (10 adolescentes) e recolhidos na clínica (8 adolescentes). Os dois grupos foram comparados nas seguintes medidas: (1) variáveis demográficas (sexo, idade, anos de escolaridade e estatuto socioeconómico); (2) gravidade do diagnóstico de fobia social; (3) interferência das dificuldades; (4) número de diagnósticos comórbidos; (5) número de melhores amigos; (6) dificuldades em fazer e manter amigos; (7) número de medos assinalados na secção de fobia social da ADIS-C com pontuação igual ou superior a 4; (8) totais dos questionários relacionados com fobia social (TAI, RT, SAS-A, EAESSAA, EAESSAE, EPASSA, ECSSSA); (9) valores das subescalas da SDS; (10) valores das subescalas da SDS, respondida pelos pais.

Através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, verificámos que os dois grupos não se distinguiam significativamente em qualquer destas medidas, excepto nos valores na Escala de Incapacitação de Sheehan-área escolar, onde os adolescentes recolhidos na escola apresentavam pontuações mais elevadas, do que os adolescentes que recorriam à clínica (Mann-Whitney $U= 18.00$; $Z= 1.989$; $p= .047$).

Ao constatarmos esta equivalência, considerámos válida a junção dos dois subgrupos para o estudo dos resultados relativos ao tempo de lista de espera, que a seguir descrevemos.

1.4. Comparação do grupo de Lista de Espera nos dois momentos de avaliação

Como tivemos oportunidade de referir, os adolescentes que fizeram parte do grupo de lista de espera (LE) foram avaliados em dois momentos no tempo, separados, em média, 6,7 meses (ponto 2.3., Capítulo 5).

Como hipótese, havíamos colocado não encontrar diferenças significativas em nenhuma das variáveis em estudo.

1.4.1. Comparação do grupo de Lista de Espera : diagnóstico de fobia social

Para estudar as diferenças verificadas no grupo LE nos dois momentos distintos, fomos primeiro averiguar que percentagem de adolescentes havia remitido, no segundo momento de avaliação. Verificámos que todos os adolescentes que receberam um diagnóstico de fobia social generalizada no primeiro momento de avaliação, o mantiveram no segundo momento, ou seja, não se verificaram quaisquer remissões entre o primeiro e o segundo momento de avaliação.

1.4.2. Comparação do grupo de Lista de Espera nas variáveis clínicas

Não obstante a constatação anterior, fomos ainda verificar se existiriam alterações do pri-

meiro para o segundo momento de avaliação, em alguma das medidas utilizadas. Neste estudo, comparámos todas as medidas utilizadas na investigação, incluindo os seus factores, excepto as medidas de temperamento e familiares, das quais dispúnhamos apenas de uma primeira passagem (cf. ponto 2.3., Capítulo 5).

Apresentamos os resultados das comparações, nos quadros 7.3. a 7.11. À semelhança do que fizemos para o estudo dos grupos, para mais fácil apreensão, dividimos as variáveis em: variáveis clínicas (interferência, gravidade e número de diagnósticos comórbidos); variáveis interpessoais (quantidade de amigos - mais, menos ou o mesmo número do que os colegas -, número de melhores amigos, dificuldade em fazer e manter amigos); variáveis relacionadas com ansiedade social (TAI, RT, medos sociais, SAS-A, EAESSA, EPASSA, ECSSSA, SDS); variáveis de ansiedade e depressão (RMCAS e CDI); e variáveis sociais (SCS).

Interferência e gravidade

Ao compararmos os dois momentos de avaliação do grupo de Lista de Espera, no que diz respeito à **interferência** atribuída pelos adolescentes às suas dificuldades, **interferência total** obtida pela média da soma das subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS) e **gravidade** da perturbação atribuída pelo clínico, verificámos, através de testes t de Student para amostras dependentes, que não existiam diferenças significativas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (cf. Quadro 7.3). Os valores de interferência e gravidade, no segundo momento de avaliação, são semelhantes aos que já se verificavam no primeiro momento. Para além disso, apenas um adolescente (5.5%) não apresentou valores de incapacitação na média das três subescalas da SDS acima do ponto de corte (5), o que se verificou com 94.5% da amostra.

Comorbilidade

Quanto à comorbilidade, embora alguns diagnósticos se tenham alterado entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, a diferença entre as médias relativas ao número de diagnósticos comórbidos nos dois momentos de avaliação não foi estatisticamente significativa ($t_{(17)} = .325, p = .749$) (cf. Quadro 7.3).

Quadro 7.3: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da interferência e gravidade do diagnóstico de fobia social e número de diagnósticos comórbidos do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Lista de Espera 1		Lista de Espera 2		t	p
	M	DP	M	DP		
Interferência	6.50	.71	6.67	.60	1.144	.269
Interferência SDS total	7.07	1.33	7.20	1.03	.450	.658
Gravidade	6.83	.51	6.67	.49	1.144	.269
Nº de diagn. comórb.	1.39	1.20	1.33	1.03	.325	.749

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação.

1.4.3. Comparação do grupo de Lista de Espera, nas variáveis de relações interpessoais

Ao estudarmos possíveis alterações do primeiro para o segundo momento de avaliação do grupo de L, no que se refere às variáveis relativas às relações interpessoais, verificámos, também, que não existiam diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação. Tanto no primeiro como no segundo momento de avaliação, a maioria dos adolescentes desta amostra referiu ter menos amigos do que os seus colegas, ter um número reduzido de melhores amigos, ter dificuldades em fazer amigos e não estar envolvida em actividades extra-curriculares de grupo. Apresentamos, a seguir, uma análise mais pormenorizada destes aspectos.

Amigos

Relativamente à **quantidade de amigos**, comparativamente aos pares, verificámos, através do teste de McNemar-Bowker, que não houver qualquer alteração do primeiro para o segundo momento de avaliação ($p= 1.000$). Todos os adolescentes (12) que, num primeiro momento, referiram ter menos amigos do que os seus pares, continuaram, num segundo momento, a afirmar o mesmo. Da mesma forma, todos os adolescentes (6) que disseram ter o mesmo número de amigos do que os colegas (6) continuaram a dizer o mesmo na segunda avaliação (cf. Quadro 7.4).

Quadro 7.4: Distribuição da quantidade de amigos do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Lista de Espera 2 - Quantidade de amigos								
		Menos amigos		O mesmo número de amigos		Mais amigos		Total		p
Lista de Espera 1		N	%	N	%	N	%	N	%	
Quantidade de amigos	Menos amigos	12	66.7	-	-	-	-	12	66.7	1.000
	O mesmo número de amigos	-	-	6	33.3	-	-	6	33.3	
	Mais amigos	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	12	66.7	6	33.3	-	-	18	100	

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação.

Quanto ao **número de melhores amigos**, também, em média, os valores não se alteraram significativamente no segundo momento de avaliação ($t_{(17)} = .203, p = .842$) (cf. Quadro 7.5).

Quadro 7.5: Médias (M) e desvios-padrão (DP) do Número de Melhores Amigos do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Lista de Espera 1		Lista de Espera 2		t	p
	M	DP	M	DP		
Nº de Melhores Amigos	2.39	1.34	2.44	1.46	.203	.842

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação.

Quando analisámos a variável respeitante à **dificuldade em fazer amigos**, nos dois momentos de avaliação, constatámos que, por um lado, todos os adolescentes (16) que, na primeira avaliação, referiam ter dificuldade em fazer amigos, continuaram a referir o mesmo. Por outro, os dois adolescentes que, na primeira avaliação, afirmaram não ter dificuldade em fazer amigos, referiram ter dificuldades nesta área, aquando da segunda avaliação. Esta diferença, por limitações do teste estatístico, que não consegue efectuar os cálculos quando, num determinado momento, todos os sujeitos se encontram na mesma categoria, não dispõe de nível de significância associado (cf. Quadro 7.6).

Quadro 7.6: Distribuição da dificuldade em fazer amigos, do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Lista de Espera 2						p
		Dificuldade em fazer amigos				Total		
Lista de Espera 1		Sim		Não		Total		
		N	%	N	%	N	%	
	Sim	16	88.9	-	-	16	88.9	
Dificuldade em fazer amigos	Não	2	11.1	-	-	2	11.1	-
	Total	18	100	-	-	18	100	

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação.

No que se refere à **dificuldade em manter os amigos**, e apesar de algumas diferenças do primeiro para o segundo momento de avaliação, não se verificaram diferenças significativas ($p= 1.000$). A maioria dos adolescentes (14) afirmou não manifestar dificuldades em manter amigos, quer na primeira avaliação quer na segunda (cf. Quadro 7.7).

Quadro 7.7: Distribuição da dificuldade em manter os amigos, do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Lista de Espera 2						p
		Dificuldade em manter amigos				Total		
Lista de Espera 1		Sim		Não		Total		
		N	%	N	%	N	%	
	Sim	2	11.1	1	5.6	3	16.7	
Dificuldade em manter amigos	Não	1	5.6	14	77.8	15	83.4	1.000
	Total	3	16.7	15	83.4	18	100	

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação.

Actividades extra-curriculares

No que respeita ao envolvimento em actividades extra-curriculares em grupo, mais uma vez, não se verificaram quaisquer diferenças entre os dois momentos de avaliação, sendo o valor de significância aproximadamente 1. Os poucos adolescentes (5) que estavam envolvidos

em actividades deste género e a maioria que não estava (13) mantiveram essa posição, do primeiro para o segundo momentos de avaliação (cf. Quadro 7.8).

Quadro 7.8: Distribuição do envolvimento em actividades extra-curriculares em grupo, do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

Lista de Espera 1		Lista de Espera 2						p
		Actividades extra-curriculares em grupo				Total		
		Sim		Não		N	%	
	Sim	5	27.8	-	-	5	27.8	
Actividades extra-curriculares em grupo	Não	-	-	13	72.2	13	72.2	1.000
	Total	5	27.8	13	72.2	18	100	

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação.

1.4.4. Comparação do grupo de Lista de Espera nas variáveis relacionadas com ansiedade social

Relativamente às variáveis relacionadas com ansiedade social, constatámos que, em geral, todos os valores de todas as escalas e respectivos factores, no segundo momento de avaliação, não se distinguiram significativamente dos valores das mesmas escalas, no primeiro momento em que foram respondidas. Verificámos apenas dois casos em que existiram diferenças significativas entre os dois momentos: no factor Interação em Situações Novas, da subescala de Ansiedade da EAESSA e no factor Interação com o Sexo Oposto, na subescala de Evitamento da EAESSA. Em ambos os casos, as classificações nestes factores aumentaram significativamente, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação [$(t_{(17)} = 3.481, p = .003)$ para o factor Interação em Situações Novas e $(t_{(17)} = 2.302, p = .034)$ para o factor Interação com o Sexo Oposto]. Por outras palavras, os adolescentes do Grupo LE não só não melhoraram significativamente em nenhuma das medidas relacionadas com ansiedade social, como pioraram significativamente em duas delas (cf. Quadro 7.9).

Quadro 7.9: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com ansiedade social do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Lista de Espera 1		Lista de Espera 2		t	p
	M	DP	M	DP		
TAI						
Preocupação	17.89	6.35	17.89	5.95	.000	1.000
Emocionalidade	22.94	6.92	22.44	6.93	.881	.390
Total	51.89	14.86	51.33	15.13	.327	.748
RT						
Pensamentos Irrelevantes	18.17	5.50	17.39	6.19	.508	.618
Tensão	24.78	7.78	24.11	8.11	.869	.397

Preocupação	24.11	7.22	23.50	6.64	.537	.598
Sintomas Somáticos	13.44	5.67	13.56	5.65	.247	.808
Total	80.50	21.85	78.56	22.05	.720	.481
<hr/>						
Medos Sociais (Sit.ADIS>4)	14.56	4.37	14.67	3.93	.201	.843
<hr/>						
SAS-A						
Medo de Av. Neg.	24.56	4.34	25.56	3.76	1.319	.205
Desc. Evit. Sit. Novas	28.28	3.51	28.61	2.52	.528	.604
Desc.Evit.Social General	14.78	4.86	15.17	4.78	.551	.589
Total	67.61	11.55	69.33	9.62	1.075	.297
<hr/>						
EAESSA-Ansiedade						
Interacções em Sit. Novas	29.44	4.97	32.39	3.73	3.481	.003
Interacção c/ Sexo Oposto	13.50	5.84	15.00	5.39	1.921	.072
Desempenho Sit. Formais	17.22	4.66	18.11	4.46	.976	.343
Interacção Assertiva	22.17	5.78	23.39	5.98	1.323	.203
Observação pelos Outros	16.00	6.60	17.22	6.31	1.563	.136
Comer / Beber em Público	7.17	3.49	6.67	2.87	1.106	.284
Total	105.50	25.97	112.78	23.01	2.085	.052
<hr/>						
EAESSA-Evitamento						
Interacções em Sit. Novas	9.72	2.93	11.11	2.32	1.851	.082
Interacção c/ Sexo Oposto	19.72	7.80	21.94	7.42	2.302	.034
Desempenho Sit. Formais	21.89	7.99	23.17	7.22	.744	.467
Interacção Assertiva	19.78	6.05	21.67	4.73	1.687	.110
Observação pelos Outros	11.44	6.39	10.61	5.95	1.239	.232
Comer / Beber em Público	6.11	2.68	5.83	2.68	.574	.573
Total	97.61	27.42	102.44	24.53	1.155	.264
<hr/>						
EPASSA	51.00	20.03	56.94	16.47	1.681	.111
<hr/>						
ECSSSA	48.83	11.28	51.06	8.75	.949	.356
<hr/>						
SDS Área Escolar	6.72	1.93	7.11	1.13	.876	.393
SDS Vida Social	7.67	1.41	7.67	1.24	.000	1.000
SDS Vida Afectiva	6.83	2.60	6.83	2.28	.000	1.000

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação. TAI – Inventário de Ansiedade aos Testes; RT – Reacções aos Testes; SAS-A – Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; EAESSA – Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA – Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA – Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

Acrescentamos à informação deste quadro, informação relativa à percentagem de adolescentes que, no primeiro momento de avaliação, se encontravam acima do ponto de corte nas várias escalas. Não efectuámos os mesmos cálculos para o segundo momento de avaliação, uma vez que constatámos que não se verificaram diferenças significativas no total das esca-

las, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação. Assim, verificámos que 10 adolescentes (55.6%) desta amostra se encontravam acima do limite superior do intervalo normativo do RT (2.30; Baptista *et al.*, 1989), 14 (77.8%) acima do ponto de corte da SAS-A (55) (Cunha, 2005) e 17 (94.4%) acima do ponto de corte da EAESSA (71; Cunha, 2005). Na escala de incapacitação de Sheehan (SDS), verificámos que a maioria dos adolescentes desta amostra se encontrava acima do ponto de corte 5 na subescala referente à área escolar (15 adolescentes, 83.3%) e na subescala referente à vida afectiva (15 adolescentes, 83.3%), enquanto que na subescala que diz respeito à vida social, 100% dos adolescentes afirmavam ter valores de incapacitação superiores a 5.

1.4.5. Comparação do grupo de Lista de Espera nas variáveis de ansiedade e depressão

Ao efectuarmos a comparação entre os dois momentos de avaliação, na variável de ansiedade (avaliada pela RCMAS), optámos por fazê-lo apenas com o factor de Ansiedade, excluindo o factor de Mentira e a pontuação total. Como a pontuação total inclui a soma dos dois factores, considerámos que o factor de Ansiedade seria uma medida mais fidedigna da sintomatologia ansiosa, sendo esta medida suficiente para os objectivos da investigação.

Não se verificaram diferenças do primeiro para o segundo momento de avaliação, no que diz respeito às variáveis relacionadas com **ansiedade** e **depressão** (cf. Quadro 7.10). Também aqui, fomos calcular a percentagem de adolescentes que se encontrava acima do ponto de corte das suas escalas. Na RCMAS, nenhum adolescente ultrapassou o limite superior do intervalo normativo (19.46; Dias & Gonçalves, 1999). No CDI, considerando o ponto de corte 12, 11 adolescentes (61.1%) encontravam-se acima deste valor, enquanto que apenas 4 adolescentes (22.2%) se encontravam acima do ponto de corte 19.

Quadro 7.10: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de ansiedade e depressão do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Lista de Espera 1		Lista de Espera 2		t	p
	M	DP	M	DP		
RCMAS - Ansiedade	14.39	4.03	14.11	3.95	.456	.654
CDI	14.56	7.41	15.22	6.17	.466	.647

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação. RCMAS - Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças; CDI – Inventário de Depressão para Crianças.

1.4.6. Comparação do grupo de Lista de Espera nas variáveis sociais

Finalmente, e à semelhança de todos os parâmetros analisados até aqui, também não se verificaram alterações nos valores de comparação social, entre os dois momentos de avaliação (cf. Quadro 7.11).

Quadro 7.11: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da medida comparação social do grupo de Lista de Espera, em dois momentos de avaliação. Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Lista de Espera 1		Lista de Espera 2		t	p
	M	DP	M	DP		
SCS						
Hierarquia	23.44	6.26	23.11	5.36	.493	.628
Ajustamento	29.56	10.55	27.78	9.71	1.467	.161
Total	56.61	17.59	54.17	15.21	1.266	.223

Nota: Lista de Espera 1 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no primeiro momento de avaliação; Lista de Espera 2 – Valores das variáveis do grupo de lista de espera no segundo momento de avaliação.

2. Comparações do grupo de Tratamento

2.1. Comparações intra-grupo: Pré-tratamento–Pós-tratamento

2.1.1. Amostra

A amostra que constituiu o grupo de tratamento consistia, inicialmente, em 18 adolescentes com fobia social generalizada que iniciaram a intervenção, 13 recolhidos na clínica e 5 recolhidos na escola. Sensivelmente a meio do tratamento houve um *drop out*, pelo que terminaram o tratamento 17 adolescentes, sendo estes os que integraram a nossa amostra, neste estudo, e que passamos a descrever.

Dos 17 adolescentes, 5 (29.4%) eram do sexo masculino e 12 (70.6%) do sexo feminino. A média de idades foi de 16 anos ($DP = .707$) e a média dos anos de escolaridade, de 11.12 ($DP = .857$). Quanto ao estatuto socio-económico, a maioria (14 adolescentes, 82.4%) dos adolescentes pertencia ao estatuto médio (6 adolescentes, 35.3%) ou alto (8 adolescentes, 47.1%) e uma percentagem mais baixa (3 adolescentes, 17.6%) pertencia ao estatuto socio-económico baixo.

Relativamente à comorbilidade, 14 adolescentes (82.4%) apresentavam, pelo menos, um diagnóstico comórbido; apenas 3 adolescentes (17.6%) não possuíam nenhuma condição comórbida. Da análise do quadro 7.12, podemos, ainda, constatar que 41.2% da amostra apresentava 1 diagnóstico comórbido, 29.4% apresentava 2 outros diagnósticos e 11.8% reportava a existência de 3 diagnósticos, para além do diagnóstico principal de fobia social.

Quadro 7.12: Distribuição do número de diagnósticos comórbidos no grupo de tratamento

Grupos	Nenhum diagnóstico comórbido		1 diagnóstico comórbido		2 diagnósticos comórbidos		3 diagnósticos comórbidos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo de Tratamento	3	17.6	7	41.2	5	29.4	2	11.8	17	100.0

Quanto ao tipo de condições comórbidas, 58.8% dos adolescentes preenchia critérios para, pelo menos, uma fobia específica, 17.6% apresentava uma perturbação de ansiedade generalizada, 5.9% uma perturbação de ansiedade de separação e 5.9% preenchia critérios para uma perturbação de pânico (cf. Quadro 7.13).

Dos 10 adolescentes que apresentavam fobias específicas, 4 apresentavam apenas uma, 4 apresentavam duas e 2 apresentavam três fobias específicas. De notar, ainda, que alguns dos

diagnósticos apresentados neste quadro são comórbidos entre si (e.g., uma fobia específica e uma perturbação de ansiedade generalizada).

Quadro 7.13: Distribuição dos diagnósticos comórbidos no grupo de tratamento

Grupos	Fobia Específica		Perturbação de Ansiedade Generalizada		Perturbação de Ansiedade de Separação		Perturbação de Pânico	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo de Tratamento	10	58.8	3	17.6	1	5.9	1	5.9

Para apresentar os resultados referentes ao grupo de tratamento, no pré-tratamento e no pós-tratamento, optámos por separar esta apresentação em variáveis que poderão dar uma visão geral das mudanças e do seu significado estatístico e variáveis que poderão representar o significado clínico das diferenças encontradas, entre os dois momentos de avaliação. De acordo com esta divisão, apresentaremos primeiro todas as comparações entre os dois momentos de avaliação nas variáveis clínicas, variáveis relacionadas com ansiedade social, variáveis de ansiedade e depressão e variáveis temperamentais, familiares e sociais.

Num segundo momento, apresentaremos as variáveis que considerámos para averiguar o significado clínico das diferenças estatísticas: ausência de diagnóstico de fobia social, relações interpessoais, pontuações dos questionários de fobia social abaixo dos respectivos pontos de corte, dificuldades actuais avaliadas pelo adolescente e pelo terapeuta entre “deixaram de ser um problema” e “são um problema ligeiro”, e classificação da melhoria da qualidade de vida, em média, acima de 5 pontos.

Ainda incluídas no ponto referente ao significado clínico da mudança, apresentaremos, também, os resultados da sintomatologia ansiosa e depressiva e a comorbilidade mantida no pós-tratamento.

2.1.2. Procedimentos estatísticos

No estudo das diferenças entre grupos, e quando estes possuíam um número de efectivos reduzido recorreu-se a estatísticas não paramétricas, ou seja, quando se comparou uma variável contínua considerando uma variável independente com dois níveis (alunos provenientes da lista de espera ou alunos sem lista de espera) recorreu-se ao teste de Mann-Whitney (Howell, 2007).

Quanto às diferenças nas medidas dos mesmos sujeitos (intra-grupo), efectuaram-se teste t de Student para amostras dependentes (design relacionado), através do qual se comparou o mesmo grupo de sujeitos, em dois tempos de avaliação, numa variável contínua (Howell, 2007).

No caso das diferenças em estudo reportarem a variáveis categoriais que se distribuíam em tabelas 2x2, o teste escolhido foi o de McNemar-Bowker (Pestana & Gageiro, 2003). Como foi referido anteriormente, relativamente a este teste apenas foi apresentado o nível de significância associado, uma vez que o valor de prova não é disponibilizado pelo software (SPSS, v 17.0).

Quando as variáveis eram categoriais mas se distribuíam em tabelas diferentes de 2x2, recorreu-se ao teste de qui-quadrado de Pearson, muito embora este seja menos sensível à mudança de posição dos sujeitos no tempo (Howell, 2007; Pestana & Gageiro, 2003).

2.1.3. Análises iniciais: Equivalência entre o grupo recolhido da escola e o grupo recolhido na clínica

Efectuando as mesmas considerações que orientaram o nosso raciocínio, aquando da comparação dos grupos recolhidos na escola e na clínica, relativamente ao grupo de LE, levámos a cabo as mesmas comparações entre os adolescentes que pertenciam ao grupo de tratamento e que foram recolhidos na clínica (12) e os que foram recolhidos na escola (5).

Verificámos, através de testes não-paramétricos de Mann-Whitney, que os grupos não se distinguiram em nenhuma das variáveis socio-demográficas, clínicas, interpessoais e relacionadas com fobia social e obtidas através de questionários de auto-resposta. Em face disto, e tal como havíamos feito para a LE, considerámos válida a inclusão dos 17 adolescentes, para estudar os resultados de tratamento que descrevemos nos pontos que se seguem.

2.1.4. Comparações Pré-tratamento–Pós-tratamento: diferenças globais

2.1.4.1. Comparações Pré-tratamento–Pós-tratamento nas variáveis clínicas

De acordo com as hipóteses B.1. a) e b), respectivamente, esperávamos encontrar reduções significativas nos valores médios de interferência das dificuldades e na variável de comorbilidade.

Interferência

Nas variáveis que seleccionámos para estudar a interferência das dificuldades sociais, comparativamente aos estudos apresentados anteriormente, retirámos a classificação da gravidade do diagnóstico do clínico (uma vez que a maioria dos adolescentes já não apresentava critérios de diagnóstico, como veremos no ponto dedicado ao significado clínico) e acrescentámos a classificação dos pais relativamente à interferência média da Escala de Incapacitação de Sheehan, calculada a partir das suas três subescalas.

Ao compararmos o pré-tratamento com o pós-tratamento nas variáveis relacionadas com a interferência, através de testes t de Student para amostras dependentes, verificámos resultados estatisticamente significativos, nomeadamente, a diminuição das pontuações do primeiro para o segundo momento de avaliação. Por um lado, a diferença na classificação da interferência de dificuldades sociais ou de desempenho atribuído pelo adolescente aquando da passagem da ADIS-C, revelou-se estatisticamente significativa ($t_{(16)} = 11.985, p = .000$), tendo esta interferência média sofrido uma alteração de 6.47 ($DP = 1.01$), para 2.12 ($DP = .99$) (cf. Quadro 7.14).

Da mesma forma, a interferência média das subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan também diminuiu significativamente ($t_{(16)} = 10.803, p = .000$), passando de uma média de 7.24 ($DP = 1.25$), para uma média de 2.59 ($DP = 1.16$) (cf. Quadro 7.14). O mesmo aconteceu na interferência atribuída pelos pais, na Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS-pais) ($t_{(16)} = 10.462, p = .000$), tendo a sua classificação média de incapacitação descido de 7.46 ($DP = 1.20$), no pré-tratamento, para 2.95 ($DP = 1.43$).

Os dados referentes à gravidade do diagnóstico, efectuada pelo clínico, não foram apresentados por, no pós-tratamento, apenas 3 adolescentes apresentarem critérios de diagnóstico para fobia social. No entanto, uma informação importante é que, enquanto que, no pré-tratamento a gravidade média foi de 6.7, no pós-tratamento, considerando apenas os 3 adolescentes referidos anteriormente, a gravidade do seu diagnóstico foi de 4.

Comorbilidade

Quanto à comorbilidade, também o número de diagnósticos diminuiu significativamente, do pré para o pós-tratamento ($t_{(16)} = 5.638, p = .000$) (cf. Quadro 7.14).

Quadro 7.14: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da interferência do diagnóstico de fobia social e número de diagnósticos comórbidos do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-tratamento). Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Pré-Tratamento		Pós-Tratamento		t	p
	M	DP	M	DP		
Interferência	6.47	1.01	2.12	.99	11.985	.000
Interferência SDS _{total}	7.24	1.25	2.59	1.16	10.803	.000
Interferência SDS _{pais} Total	7.46	1.20	2.95	1.43	10.462	.000
Nº de diagn. comórb.	1.35	.93	.12	.33	6.126	.000

Nota: SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

2.1.4.2. Comparação Pré-tratamento–Pós-tratamento nas variáveis relacionadas com ansiedade social

De acordo com a hipótese B.1 e), esperávamos que existissem reduções significativas em todas as variáveis relacionadas com ansiedade social: TAI, RT, SAS-A, EAESSA, EPASSA, ECSSSA e SDS.

Assim, nestas variáveis, utilizando testes t de Student para amostra dependentes, constatámos que, do pré para o pós-tratamento, se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no sentido de uma diminuição dos valores de todas as escalas em estudo e respectivos factores (cf. Quadro 7.15).

Nos questionários referentes à ansiedade nos testes (TAI e RT), todos os factores e pontuações totais dos dois questionários sofreram uma descida estatisticamente significativa. Na medida de medos sociais, obtida através do cálculo do número de medos assinalados com valores iguais ou superiores a 4 na secção de fobia social da ADIS-C, verificámos também uma descida de 14.53 medos ($DP = 3.00$) para 3.29 medos ($DP = 3.04$), diferença estatisticamente significativa ($t_{(16)} = 12.138, p = .000$). Nas escalas de ansiedade e evitamento (SAS-S e EAESSA), na escala de pensamentos automáticos (EPASSA) e na escala de comportamentos de segurança (ECSSSA), verificou-se o mesmo padrão de diferenças. Na sequência dos resultados anteriores, ao efectuarmos a análise das diferenças na incapacitação das dificuldades nos dois momentos de avaliação, através da Escala de Incapacitação de Sheehan, encontrámos reduções estatisticamente significativas, do pré para o pós-tratamento, em todas as subescalas desta escala, quer na versão respondida pelo adolescente, quer na versão respondida pelos pais. Os resultados de todas estas escalas estão apresentados no Quadro 7.15.

Quadro 7.15: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com ansiedade social do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-tratamento). Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Pré-Tratamento		Pós-Tratamento		t	p
	M	DP	M	DP		
TAI						
Preocupação	17.76	6.41	11.12	2.57	4.327	.001
Emocionalidade	21.29	6.63	14.76	4.22	4.374	.000
Total	49.35	14.64	33.71	8.04	4.387	.000
RT						
Pensamentos Irrelevantes	16.71	5.05	12.53	4.23	2.925	.010
Tensão	23.41	7.87	17.12	5.49	3.662	.002
Preocupação	23.88	6.72	15.47	4.64	5.851	.000
Sintomas Somáticos	12.00	5.05	9.29	2.49	2.760	.014
Total	76.00	20.54	54.41	12.55	4.631	.000
Medos Sociais (Sit.ADIS>4)						
	14.53	3.00	3.29	3.04	12.138	.000
SAS-A						
Medo de Av. Neg.	26.24	3.11	14.82	3.76	10.454	.000
Desc. Evit. Sit. Novas	28.29	2.44	18.76	4.42	8.281	.000
Desc.Evit.Social General	14.65	4.08	9.88	3.12	4.738	.000
Total	69.18	7.63	43.47	9.15	9.784	.000
EAESSA-Ansiedade						
Interacções em Sit. Novas	31.59	2.65	19.88	4.66	9.832	.000
Interacção c/ Sexo Oposto	15.65	4.62	8.59	2.94	6.012	.000
Desempenho em Sit. Formais	17.76	3.51	10.88	3.30	7.692	.000
Interacção Assertiva	21.24	4.60	12.82	3.09	8.807	.000
Observação pelos Outros	17.24	5.33	10.71	2.57	6.675	.000
Comer / Beber em Público	6.53	2.67	3.94	1.20	4.654	.000
Total	110.00	16.64	66.82	12.87	10.686	.000
EAESSA-Evitamento						
Interacções em Sit. Novas	10.71	2.71	5.59	1.54	7.409	.000
Interacção c/ Sexo Oposto	21.65	7.17	12.53	3.94	5.158	.000
Desempenho Sit. Formais	22.47	6.39	11.71	3.75	6.196	.000
Interacção Assertiva	19.18	3.80	10.88	3.71	6.423	.000
Observação pelos Outros	9.88	4.61	6.35	1.50	3.554	.003
Comer / Beber em Público	5.53	3.09	3.76	.97	2.451	.026
Total	96.94	18.73	55.59	12.48	7.107	.000
EPASSA						
	58.06	16.85	20.59	9.40	7.654	.000
ECSSSA						
	49.59	7.41	30.00	4.90	8.925	.000
SDS Área Escolar	6.65	2.00	2.47	1.07	7.013	.000
SDS Vida Social	7.76	1.30	2.29	1.26	12.991	.000
SDS Vida Afectiva	7.29	1.99	3.00	2.37	6.767	.000
SDSpais Área Escolar	7.31	1.20	2.56	1.59	10.304	.000
SDSpais Vida Social	7.81	1.38	2.75	1.57	10.047	.000
SDSpais Vida Afectiva	7.69	2.02	3.15	2.51	6.624	.000

Nota: TAI – Inventário de Ansiedade aos Testes; RT – Reacções aos Testes; SAS-A – Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; EAESSA – Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA – Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA – Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

2.1.4.3. Comparação Pré-tratamento–Pós-tratamento nas variáveis de ansiedade e depressão

De acordo com o que se verificou noutros estudos de tratamento da fobia social, e conforme a hipótese B.1. f), esperávamos reduções significativas dos valores de ansiedade geral e depressão.

Na análise das comparações entre os dois momentos de avaliação através de testes t de Student, constatámos que, tanto a sintomatologia ansiosa (mais uma vez avaliada pelo factor Ansiedade da RCMAS), como a sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI), diminuíram significativamente do pré para o pós-tratamento (cf. Quadro 7.16).

Quadro 7.16: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de ansiedade e depressão do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-tratamento). Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Pré-Tratamento		Pós-Tratamento		t	p
	M	DP	M	DP		
RMCAS						
Ansiedade	14.88	3.52	10.00	4.56	4.222	.001
CDI	15.41	5.64	7.82	4.89	5.042	.000

Nota: RCMAS – Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças; CDI – Inventário de Depressão para Crianças.

2.1.4.4. Comparações Pré-tratamento–Pós-tratamento nas variáveis temperamentais, familiares e sociais

Relativamente a estas variáveis, de acordo com as hipóteses B.1 g) e h), esperávamos não encontrar quaisquer diferenças significativas nas variáveis de temperamento e de relação com o pai e com a mãe, embora esperássemos encontrar melhorias significativas na vinculação com os amigos e na comparação social.

Recorremos, mais uma vez, ao teste t de Student, para amostras dependentes, para verificar a existência de diferenças significativas nestas variáveis, do pré para o pós-tratamento.

Na medida de **temperamento** utilizada, verificou-se uma diminuição significativa da pontuação no seu factor Medos/Doenças ($t_{(16)} = 3.608, p = .002$). Não se verificaram alterações no factor Escola/Situações Sociais, nem na pontuação total (cf. Quadro 7.17).

Nas medidas de **relações familiares** (PTI, EMBU, IPPA), e no que respeita variáveis relativas à relação com o pai, encontrámos apenas diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento, nas pontuações dos factores Ameaça de Abandono e Ameaça de Punição/Negligência do Inventário de Ameaça Parental, bem como na sua pontuação total. Nas variáveis referentes à relação com a mãe, encontrámos diferenças significativas no factor Sobreprotecção do EMBU, assim como na sua pontuação total. Não se verificaram quaisquer outras diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis (cf. Quadro 7.17).

Constatámos uma diferença estatisticamente significativa nos valores de **vinculação com os amigos** do IPPA ($t_{(16)} = 4.242, p = .001$), no sentido de um aumento dos valores de vinculação, do pré ($M = 69.41; DP = 16.13$) para o pós-tratamento ($M = 81.65; DP = 11.24$).

Na **Escala de Comparação Social**, encontrámos também um aumento significativo dos

valores de comparação com os pares, do pré para o pós-tratamento, no factor de hierarquia e na sua pontuação total. Embora também no factor de ajustamento se tenha verificado uma subida acentuada das classificações, esta diferença não chegou a atingir níveis de significância estatística ($t_{(16)} = 2.054, p = .057$) (cf. Quadro 7.17).

Quadro 7.17: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas temperamentais, familiares e sociais do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Pré-Tratamento		Pós-Tratamento		t	p
	M	DP	M	DP		
RSRI						
Escola/Situações Sociais	36.65	8.74	36.47	9.77	.090	.929
Medos/Doenças	27.35	6.36	23.71	5.88	3.608	.002
Total	80.88	14.00	75.41	12.78	1.922	.073
PTI pai						
Ameaça de Rejeição	9.41	1.06	9.41	1.06	*	*
Ameaça de Abandono	4.53	1.07	4.29	.77	2.219	.041
Ameaça de Punição/Negligência	7.59	3.06	7.18	2.51	2.384	.030
Total	21.53	4.05	20.88	3.37	2.864	.011
PTI mãe						
Ameaça de Rejeição	9.82	1.38	9.71	.92	.324	.750
Ameaça de Abandono	4.88	1.54	4.94	1.35	.236	.817
Ameaça de Punição/Negligência	5.47	1.18	5.24	1.56	.591	.563
Total	20.18	2.43	19.88	2.42	.417	.682
EMBU pai						
Suporte Emocional	20.24	4.38	19.65	4.40	.942	.360
Rejeição	10.35	1.87	10.12	2.89	.394	.699
Sobreprotecção	14.59	4.43	13.12	4.83	1.215	.242
Total	46.53	6.59	44.24	8.54	1.159	.263
EMBU mãe						
Suporte Emocional	21.59	3.41	21.29	3.18	.502	.623
Rejeição	11.82	2.16	11.06	1.92	1.456	.165
Sobreprotecção	15.71	4.27	13.24	3.77	2.954	.009
Total	49.12	7.18	45.59	5.09	2.286	.036
IPPA mãe	78.94	13.97	81.88	16.73	1.670	.116
IPPA pai	68.18	20.31	70.76	21.52	1.036	.316
IPPA amigos	69.41	16.13	81.65	11.24	4.242	.001
SCS						
Hierarquia	22.12	4.31	28.35	3.16	4.789	.000
Ajustamento	28.47	7.57	33.29	5.80	2.054	.057
Total	53.59	10.29	67.24	7.62	4.073	.001

Nota: RSRI – Escala de Inibição Comportamental; PTI – Inventário de Ameaça Parental; EMBU – Memórias de Infância; IPPA – Inventário de Vinculação na Adolescência; SCS – Escala de Comparação Social. *Nesta variável, como os valores da média e do desvio-padrão se mantiveram exactamente iguais do pré para o pós-tratamento, não foi possível calcular o valor de prova para o teste t de Student e respectivo nível de significância.

2.1.5. Comparações Pré-tratamento–Pós-tratamento: significado clínico

No sentido de avaliarmos o significado das mudanças encontradas, seleccionámos algumas variáveis que nos pareceram particularmente relevantes. Em primeiro lugar, a ausência

de diagnóstico de fobia social pareceu-nos primordial, uma vez que forneceria imediatamente uma visão da remissão dos sintomas que haviam sido motivo de procura de ajuda. Para além disso, quase todos os estudos de resultados de tratamento nesta área utilizam o mesmo critério de avaliação clínica, pelo que nos facilitaria a comparação dessas investigações com os nossos resultados. Em segundo lugar, pensámos que seria relevante incluir, como critério de significado clínico, a redução das pontuações dos questionários de ansiedade social e incapacitação para um valor inferior ao ponto de corte sugerido na diferenciação entre amostras normais e amostras de doentes. Assim, incluímos nestas variáveis a pontuação total do Reacção aos Testes, Escala de Ansiedade Social para Adolescentes, Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (das quais dispúnhamos de um ponto de corte para a população portuguesa) e a Escala de Incapacitação de Sheehan, respondida por adolescentes e por pais, considerando o ponto de corte que inferimos por recurso ao considerado pela ADIS-C. Em terceiro lugar, como nos questionários a responder no final do tratamento se incluía uma classificação das dificuldades actuais, atribuída pelo terapeuta e pelo adolescente, considerámos que, ainda que tratando-se de uma medida subjectiva e não aferida, poderíamos averiguar a posição dos adolescentes abaixo de “(as dificuldades) ainda são um problema médio” (cf. Anexo 1, Questionário de Avaliação do Adolescente e Questionário de Avaliação do Terapeuta). Ainda no Questionário de Avaliação do Adolescente, a preencher no final do tratamento, existia um item relativo à classificação do impacto das mudanças na sua qualidade de vida. Mais uma vez, adoptámos esta medida subjectiva, para termos uma ideia de como o adolescente avaliava as possíveis alterações na sua qualidade de vida, resultantes de mudanças nas dificuldades apresentadas inicialmente. Em quarto lugar, ainda que não sendo um objectivo do tratamento, havíamos encontrado noutros estudos reduções de diagnósticos comórbidos na sequência do tratamento da fobia social. Por este motivo, tratando-se de uma variável clínica, resolvemos incluir na avaliação do significado clínico da mudança a redução dos diagnósticos comórbidos. Finalmente, na sequência do anterior, considerámos a redução dos valores das escalas que avaliavam ansiedade e depressão, para um valor abaixo do ponto de corte sugerido para ambas. Nos pontos que se seguem, apresentamos os resultados relativos às variáveis acima referidas.

2.1.5.1. Diagnóstico de fobia social

Quase todos os estudos relativos a resultados de tratamento estabelecem como medida do significado clínico a percentagem de adolescentes que, no final do tratamento, não apresenta já critérios suficientes para atribuir o diagnóstico de fobia social. Na nossa amostra, adoptámos também este critério. Se o tratamento se revelasse eficaz, conforme a hipótese B.2. a), esperávamos encontrar uma redução significativa no número de adolescentes que não apresentasse, no pós-tratamento, critérios para diagnosticar uma fobia social.

Assim, considerando as respostas dos adolescentes à ADIS-C, verificámos que 94.1% dos que iniciaram o tratamento não apresentavam já critérios para diagnosticar uma fobia social e que apenas um (5.9% da amostra) apresentava, ainda, no pós-tratamento, critérios suficientes para atribuir este diagnóstico, com um grau de interferência 4.

No entanto, ao consultarmos os valores de interferência atribuídos pelos adolescentes nas várias subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan, encontramos que, para além do adolescente que ainda cumpria critérios para fobia social, dois outros classificavam com valores superiores a 5 (ponto de corte adoptado para esta escala) a interferência ainda devida às dificuldades remanescentes numa área da sua vida. Estes valores eram corroborados pela classificação dos pais na mesma escala e nas mesmas subescalas. Por este motivo, considerámos que 3, e não apenas 1 adolescente, podiam ser ainda diagnosticados com fobia social, ainda que com uma classificação de gravidade no limite do diagnóstico (4). Esta consideração alterou as percentagens de remissão do diagnóstico de fobia social para 82,4%, sendo que manteve o diagnóstico 17,6% dos adolescentes (cf. Quadro 7.18). Esta diferença, embora muito expressiva, não possui valor de probabilidade associado, uma vez que não existia variabilidade na existência de diagnóstico no pré-tratamento.

Quadro 7.18: Distribuição da presença de diagnóstico de fobia social, do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar- Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento			p
		Presença de diagnóstico de fobia social		Total	
Pré-Tratamento		Sim	Não		
Presença de diagnóstico de fobia social	Sim	3	14	17	
	Não	-	-	-	-
	Total	3	14	17	

2.1.5.2. Relações interpessoais

Neste conjunto de variáveis, de acordo com a hipótese B.2. b) e c), respectivamente, esperávamos encontrar aumentos significativos nas variáveis interpessoais referentes à quantidade de amigos, número de melhores amigos e actividades extra-curriculares e reduções significativas nas variáveis interpessoais, respeitantes à dificuldade em fazer amigos e dificuldade em manter amigos.

Para verificar diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis, utilizámos o teste t de Student nas variáveis contínuas, o teste do qui-quadrado nas variáveis categoriais e o teste de McNemar-Bowker nas variáveis dicotómicas.

Amigos

Ao estudarmos possíveis alterações do primeiro para o segundo momento de avaliação do grupo de Tratamento, no que se refere à percepção da **quantidade de amigos**, verificámos que, no pré-tratamento, a maioria dos adolescentes (12) afirmava ter menos amigos do que os seus colegas, condição que se alterou no pós-tratamento, em que apenas 4 referiram, ainda, ter menos amigos do que os seus pares. Neste segundo momento de avaliação, a maioria dos adolescente (10) passou a afirmar ter o mesmo número de amigos do que os pares, enquanto que 2 afirmaram mesmo ter mais amigos, comparativamente aos colegas. Apesar destas alterações, as diferenças na distribuição das variáveis não atingiram significância estatística ($\chi^2_{(2)} = 2.229$; $p = .328$) (cf. Quadro 7.19).

Quadro 7.19: Distribuição da quantidade de amigos do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-tratamento). Teste de Qui-quadrado para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento								χ^2	p
		Quantidade de amigos									
Pré-Tratamento		O mesmo número de amigos						Total			
		Menos amigos		O mesmo número de amigos		Mais amigos		N	%		
Quantidade de amigos		N	%	N	%	N	%	N	%		
	Menos amigos	4	23,5	6	35,3	2	11,8	12	70,6	2,229	,328
	O mesmo número de amigos	-	-	4	23,5	1	5,9	5	29,4		
	Mais amigos	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Total	4	23,5	10	58,8	3	17,6	17	100		

Quanto ao **número de melhores amigos**, embora se tenha verificado um ligeiro aumento do pré para o pós-tratamento, essa diferença não atingiu níveis de significância estatística ($t_{(16)} = 1,985, p = .065$) (cf. Quadro 7.20).

Quadro 7.20: Médias (M) e desvios-padrão (DP) do Número de Melhores Amigos do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-tratamento). Teste t de Student (design relacionado) para verificação de diferenças

	Pré-Tratamento		Pós-Tratamento		t	p
	M	DP	M	DP		
Nº de Melhores Amigos	2,53	1,51	3,41	1,73	1,985	,065

No que diz respeito a **dificuldades em fazer amigos**, enquanto que, no pré-tratamento, a maioria dos adolescentes (16) referia ter dificuldade em fazer amigos, no pós-tratamento a maioria (14; 82,4%) referiu já não sentir dificuldades em fazer amigos. Esta diferença, medida pelo teste de McNemar-Bowker, apresentou-se estatisticamente significativa ($p = .000$) (cf. Quadro 7.21).

Quadro 7.21: Distribuição da dificuldade em fazer amigos, do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento						p
		Dificuldade em fazer amigos						
Pré-Tratamento		Sim		Não		Total		
		N	%	N	%	N	%	
	Sim	3	17,6	13	76,5	16	94,1	,000
	Não	-	-	1	5,9	1	5,9	
	Total	3	17,6	14	82,4	17	100	

Na **dificuldade em manter os amigos**, tanto no pré-tratamento como no pós-tratamento, a maioria dos adolescentes afirmou não manifestar dificuldades em manter amigos. As poucas diferenças encontradas entre estes dois momentos não atingiram significância estatística ($p = 1,000$) (cf. Quadro 7.22).

Quadro 7.22: Distribuição da dificuldade em manter os amigos, do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

Pré-Tratamento		Pós-Tratamento						p
		Dificuldade em manter amigos				Total		
		Sim		Não		N	%	
	Sim	1	5.9	2	11.8	3	17.6	1.000
	Não	1	5.9	13	76.5	14	82.4	
	Total	2	11.8	15	88.2	17	100	

Actividades extra-curriculares

No que respeita ao envolvimento em actividades extra-curriculares em grupo, não se verificaram quaisquer alterações, entre os dois momentos de avaliação ($p= 1.000$). Todos os adolescentes que já estavam envolvidos em actividades extra-curriculares em grupo continuaram a estar e todos os que não estavam continuaram a não estar (cf. Quadro 7.23).

Quadro 7.23: Distribuição do envolvimento em actividades extra-curriculares em grupo, do grupo de Tratamento, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

Pré-Tratamento		Pós-Tratamento - Actividades extra-curriculares em grupo						p
		Sim		Não		Total		
		N	%	N	%	N	%	
	Sim	7	41.2	-	-	7	41.2	1.000
	Não	-	-	10	58.8	10	58.8	
	Total	7	41.2	10	58.8	17	100	

2.1.5.3. Valores normativos

Como referimos anteriormente, utilizámos os instrumentos cujos intervalos normativos ou pontos de corte estavam disponíveis para a população portuguesa, para procedermos à verificação da existência de alterações significativas do pré para o pós-tratamento. Um tratamento eficaz, conforme a hipótese B.2 d), encontraria diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento, na percentagem de adolescentes abaixo dos pontos de corte nas variáveis seleccionadas. Apresentamos, a seguir, os resultados obtidos para as diversas escalas.

Utilizámos o teste de McNemar-Bowker, para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Reacção aos Testes (RT)

No questionário Reacção aos Testes (RT), verificámos que, enquanto no pré-tratamento 16 (94.1%) adolescentes se situavam acima do ponto de corte (2.30; Baptista e tal., 1989), apenas 1 (5.9%) apresentava valores superiores ao ponto de corte, neste questionário, no pós-tratamento. Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa ($p= .016$) (cf. Quadro 7.24).

Quadro 7.24: Distribuição dos adolescentes do grupo de Tratamento, em função do ponto de corte do RT, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento						P
		RT abaixo do ponto de corte		RT acima do ponto de corte		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Pré-Tratamento	RT abaixo do ponto de corte	9	52.9	-	-	9	52.9	.016
	RT acima do ponto de corte	7	41.2	1	5.9	8	47.1	
	Total	16	94.1	1	5.9	17	100	

Nota: RT – Reacção aos Testes.

Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A)

Na Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), todos os adolescentes se encontravam acima do ponto de corte (55, sugerido por Cunha, 2005), no pré-tratamento. No pós-tratamento, 15 (88.2%) apresentavam valores abaixo do ponto de corte e apenas 2 (11.8%) continuavam acima deste valor. Esta diferença é extremamente elevada, mas, por limitações estatísticas, não é possível efectuar os cálculos quando, num determinado momento, todos os sujeitos se encontram na mesma categoria, pelo que não se dispõe do nível de significância (cf. Quadro 7.25).

Quadro 7.25: Distribuição dos adolescentes do grupo de Tratamento, em função do ponto de corte da SAS-A, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento						p
		SAS-A abaixo do ponto de corte		SAS-A acima do ponto de corte		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Pré-Tratamento	SAS-A abaixo do ponto de corte	-	-	-	-	-	-	-
	SAS-A acima do ponto de corte	15	88.2	2	11.8	17	100	
	Total	15	88.2	2	11.8	17	100	

Nota: SAS-A – Escala de Ansiedade Social para Adolescentes.

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

Na Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), tal como acontecia na SAS-A, os 17 adolescentes (100%) que constituíam a amostra encontravam-se acima do ponto de corte (71 na média das duas subescalas, sugerido por Cunha, 2005), no pré-tratamento. Na avaliação efectuada no pós-tratamento, 14 (82.4%) adolescentes passaram a apresentar valores abaixo do ponto de corte e apenas 3 (17.6%) continuavam acima deste valor (cf. Quadro 7.26).

Quadro 7.26: Distribuição dos adolescentes do grupo de tratamento, em função do ponto de corte da EAESSA, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento						p
		EAESSA abaixo do ponto de corte		EAESSA acima do ponto de corte		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Pré-Tratamento	EAESSA abaixo do ponto de corte	-	-	-	-	-	-	-
	EAESSA acima do ponto de corte	14	82.4	3	17.6	17	100	
	Total	14	82.4	3	17.6	17	100	

Nota: EAESSA – Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS)

Na Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS), verificámos que, no pós-tratamento, nenhum adolescente apresentava valores acima do ponto de corte, na área escolar, vida social e total da escala. Quatro adolescentes (23.5%) continuaram a situar-se acima do ponto de corte, na subescala referente à vida afectiva (cf. Quadro 7.27).

Quadro 7.27: Distribuição dos adolescentes do grupo de tratamento, em função do ponto de corte da SDS, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento						p
		SDS-E abaixo do ponto de corte		SDS-E acima do ponto de corte		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Pré-Tratamento	SDS-E abaixo do ponto de corte	3	17.6	-	-	3	17.6	-
	SDS-E acima do ponto de corte	14	82.4	-	-	14	82.4	
	Total	17	100	-	-	17	100	
		SDS-S abaixo do ponto de corte		SDS-S acima do ponto de corte		Total	p	
	SDS-S abaixo do ponto de corte	-	-	-	-	-	-	
	SDS-S acima do ponto de corte	17	100	-	-	17	100	-
	Total	17	100	-	-	17	100	
		SDS-A abaixo do ponto de corte		SDS-A acima do ponto de corte		Total	p	
	SDS-A abaixo do ponto de corte	2	11.8	-	-	2	11.8	
	SDS-A acima do ponto de corte	11	64.7	4	23.5	15	88.2	.001
	Total	13	76.5	4	23.5	17	100	
		SDS-total abaixo do ponto de corte		SDS-total acima do ponto de corte		Total	p	
	SDS-total abaixo do ponto de corte	1	5.9	-	-	1	5.9	
	SDS-total acima do ponto de corte	16	94.1	-	-	16	94.1	-
	Total	17	100	-	-	17	100	

Nota: SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

Comparando com os valores registados no pré-tratamento, e fazendo uma análise mais específica, verificamos que, enquanto que no pré-tratamento 14 adolescentes (82.4%) referiam

valores de incapacitação na área escolar iguais ou superiores a 5 (ponto de corte), nenhum continuou a referir o mesmo no pós-tratamento. No que se refere à incapacitação na vida social, todos os adolescentes se encontravam acima do ponto de corte na avaliação pré-tratamento, o que não se verificou com nenhum adolescente no pós-tratamento. Na vida afectiva, 15 adolescentes (88.2%) manifestavam valores acima do ponto de corte no pré-tratamento; no pós-tratamento, apenas 4 (23.5%) apresentaram, nesta área, valores superiores ao ponto de corte. Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa ($p = .001$). Considerando o valor total médio da SDS, verificámos que, embora no pré-tratamento 16 adolescentes (94%) se encontrassem acima do ponto de corte, no pós-tratamento todos os adolescentes se encontravam abaixo desse ponto (cf. Quadro 7.27).

Escala de Incapacitação de Sheehan para Pais (SDS-Pais)

Também na SDS respondida pelos pais se verificaram resultados muito semelhantes aos da SDS respondida pelos adolescentes. A maioria dos pais atribuiu às dificuldades dos filhos pontuações superiores ao ponto de corte, em todas as subescalas da SDS no pré-tratamento, enquanto que apenas uma minoria continuava a fazê-lo no pós-tratamento (cf. Quadro 7.28).

Quadro 7.28: Distribuição dos adolescentes do grupo de tratamento, em função do ponto de corte da SDS-pais, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento					
		SDS-E Pais abaixo do ponto de corte		SDS-E Pais acima do ponto de corte		Total	
		N	%	N	%	N	%
Pré-Tratamento	SDS-E Pais abaixo do ponto de corte	1	5.9	-	-	1	5.9
SDS-Pais	SDS-E Pais acima do ponto de corte	15	88.2	1	5.9	16	94.1
	Total	16	94.1	1	5.9	17	100
		SDS-S Pais abaixo do ponto de corte		SDS-S Pais acima do ponto de corte		Total	p
	SDS-S Pais abaixo do ponto de corte	1	5.9	-	-	1	5.9
	SDS-S Pais acima do ponto de corte	14	82.4	2	11.8	16	94.1
	Total	15	88.2	2	11.8	17	100
		SDS-A Pais abaixo do ponto de corte		SDS-A Pais acima do ponto de corte		Total	p
	SDS-A Pais abaixo do ponto de corte	3	17.6	-	-	3	17.6
	SDS-A Pais acima do ponto de corte	10	58.8	4	23.5	14	82.4
	Total	13	76.5	4	23.5	17	100
		SDS-total Pais abaixo do ponto de corte		SDS-total Pais acima do ponto de corte		Total	p
	SDS-total Pais abaixo do ponto de corte	3	17.6	-	-	3	17.6
	SDS-total Pais acima do ponto de corte	12	70.6	2	11.8	14	82.4
	Total	15	88.2	2	11.8	17	100

Nota: SDS-pais – Escala de Incapacitação de Sheehan para Pais.

Também na SDS respondida pelos pais se verificaram resultados muito semelhantes aos da SDS respondida pelos adolescentes. A maioria dos pais atribuiu às dificuldades dos filhos pontuações superiores ao ponto de corte, em todas as subescalas da SDS no pré-tratamento, enquanto que apenas uma minoria continuava a fazê-lo no pós-tratamento.

Em todas as medidas, as diferenças apresentaram valores estatisticamente significativos. Assim, 16 adolescentes (94.1%) foram classificados pelos pais como manifestando incapacitações iguais ou superiores a 5 na área escolar e na área social e a 14 adolescentes (82.4%) foram atribuídos valores de incapacitação superiores a 5, na área afectiva e na pontuação total. No pós-tratamento, apenas 1 adolescente (5.9%) era considerado como manifestando valores superiores ao ponto de corte na área escolar, 2 (11.8%) na área social e 4 (23.5%) na área afectiva. No total da SDS-pais, apenas 2 adolescentes (11.8%) obtiveram classificações que ultrapassaram o ponto de corte. Todas estas diferenças foram estatisticamente significativas (cf. Quadro 7.28).

2.1.5.4. Avaliação das dificuldades actuais, efectuada pelos adolescentes

Neste ponto, a hipótese colocada (hipótese B.2.e) tinha sido de que a avaliação das dificuldades actuais efectuada pela maioria dos adolescentes estaria situada nos 3 primeiros níveis da escala de resposta, ou seja, entre “deixaram de ser um problema para mim” e “são um problema ligeiro para mim” (cf. Anexo 1, Questionário de Avaliação do Adolescente).

Na avaliação que os adolescentes efectuaram no final do tratamento, no Questionário de Avaliação do Adolescente, verificámos que 100% consideravam que as dificuldades que os haviam motivado a procurar ajuda, ou já não eram um problema, ou eram um problema ligeiro. Um adolescente (5.9%) considerou que essas dificuldades já não constituíam nenhum problema para si, 8 adolescentes (47.1%) consideravam que essas dificuldades eram apenas um problema muito ligeiro e 8 adolescentes (47.1%) consideraram que as dificuldades remanescentes eram um problema ligeiro.

2.1.5.5. Dificuldades actuais avaliadas pelo terapeuta

À semelhança do ponto anterior, a hipótese (hipótese B.2.f) aqui foi de que as dificuldades actuais da maioria dos adolescentes, avaliadas pelo terapeuta, se situariam nos 3 primeiros níveis da escala de resposta, ou seja, entre “deixaram de ser um problema para ele” e “são um problema ligeiro para ele” (cf. Anexo 1, Questionário de Avaliação do Terapeuta).

Esta hipótese foi também confirmada, tendo apenas três adolescentes (17.6%) sido considerados como apresentando ainda dificuldades que constituíam um problema médio, ficando os restantes 14 (82.4%) dentro do intervalo “já não são um problema” – “são um problema ligeiro”. Assim, o terapeuta considerou que as dificuldades que motivaram os adolescentes a procurar ajuda já não eram problema para um adolescente (5.9%), eram um problema muito ligeiro para 8 adolescentes (47.1%) e eram um problema ligeiro para 5 adolescentes (29.4%).

2.1.5.6. Classificação da melhoria da qualidade de vida

Não tendo disposto neste estudo de uma medida objectiva da qualidade de vida, incluí-

mos, no questionário do adolescente para preencher no final do tratamento, um item para que avaliasse subjectivamente este aspecto. O item 9, “Em que medida achas que o programa contribuiu para o teu bem-estar e para melhorar a tua qualidade de vida?”, deveria obter uma classificação entre 0 e 10.

A hipótese B.2. g) propunha que as classificações da melhoria da qualidade de vida deveriam situar-se, em média, acima do ponto 5 da escala de resposta.

Verificámos que 100% dos adolescentes atribuiu a este item uma pontuação entre 7 e 10: dois adolescentes (11.8%) pontuaram com 7, quatro (23.5%) com 8, seis (35.3%) com 9 e cinco (29.4%) com 10.

2.1.5.7. Redução dos diagnósticos comórbidos

Embora não tivesse feito parte dos objectivos da intervenção, fizemos uma constatação curiosa, relacionada com a hipótese B.2.h). Dos 14 adolescentes (82.3%) que apresentavam uma condição comórbida com a fobia social, apenas 2 (11.8%) mantiveram um dos diagnósticos comórbidos que apresentavam no início do tratamento, resultado com valor de probabilidade estatisticamente significativo ($p = .000$). Nesta sequência, se considerarmos que o número total de diagnósticos comórbidos era de 23 (distribuídos pelos 14 adolescentes), verificámos uma redução de 91.3% na comorbilidade (cf. Quadro 7.29).

Quadro 7.29: Distribuição dos adolescentes do grupo de tratamento, em função da existência de diagnósticos comórbidos, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar- Bowker para verificação de diferenças

Pré-Tratamento	Pós-Tratamento						p	
	Existência de diagnósticos comórbidos							
	Sim		Não		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Existência de diagnósticos comórbidos	Sim	2	11.7	12	70.6	14	82.3	.000
	Não	-	-	3	17.7	3	17.7	
	Total	2	11.7	15	88.2	17	100	

2.1.5.8. Pontuações dos questionários de ansiedade e depressão

Ao examinarmos os valores de **sintomatologia ansiosa** (avaliada pela subescala de Ansiedade da RCMAS), do pré para o pós-tratamento, constatámos que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 1.000$) (cf. Quadro 7.30). A maioria dos adolescentes encontrava-se já abaixo do ponto de corte (19; Dias & Gonçalves, 1999) no pré-tratamento, o que continuou a acontecer no pós-tratamento (hipótese B.2. i).

Quanto à sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI), optámos, neste subestudo, pelo ponto de corte 12, para dispormos de um critério mais restritivo. Considerando este valor, verificámos que, enquanto que no pré-tratamento a maioria dos adolescentes (10 adolescentes, 58.9%) se situava acima do ponto de corte, apenas 2 adolescentes (11.8%) continuou a manter valores de sintomatologia depressiva acima de 12, no pós-tratamento. Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa ($p = .002$) (cf. Quadro 7.31) (hipótese B.2.i).

Quadro 7.30: Distribuição dos adolescentes do grupo de Tratamento, em função do ponto de corte da RCMAS, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento						
		RCMAS-Ansiedade abaixo do ponto de corte		RCMAS-Ansiedade acima do ponto de corte		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Pré-Tratamento	RCMAS-Ansiedade abaixo do ponto de corte	15	88.2	1	5.9	16	94.1	1.000
	RCMAS-Ansiedade acima do ponto de corte	1	5.9	-	-	1	5.9	
	Total	16	94.1	1	5.9	17	100	

Nota: RCMAS – Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças.

Quadro 7.31: Distribuição dos adolescentes do grupo de Tratamento, em função do ponto de corte do CDI, em dois momentos de avaliação (Pré e Pós-Tratamento). Teste de McNemar-Bowker para verificação de diferenças

		Pós-Tratamento						
		CDI abaixo do ponto de corte		CDI acima do ponto de corte		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Pré-Tratamento	CDI abaixo do ponto de corte	5	29.4	-	-	5	29.4	.002
	CDI acima do ponto de corte	10	58.8	2	11.8	12	70.6	
	Total	15	88.2	2	11.8	17	100	

Nota: CDI – Inventário de Depressão para Crianças.

2.2. Comparações intra-grupo: estudo longitudinal de 4 medidas no tempo

2.2.1. Amostra

Neste estudo, utilizámos como amostra 10 adolescentes que haviam permanecido constantes ao longo de 4 avaliações – avaliação no início da lista de espera, avaliação pré-tratamento, avaliação pós-tratamento e *follow-up* de um mês.

Esta amostra era constituída por 2 adolescentes do sexo masculino (20%) e 8 (80%) do sexo feminino, com uma média de idades de 16.3 anos ($DP= .675$) e uma média de anos de escolaridade de 11.4 ($DP= .699$). Quanto ao estatuto socio-económico, a maioria pertencia aos estatutos médio (3 adolescentes, 30%) e alto (5 adolescentes, 50%), enquanto 2 (20%) pertenciam a um estatuto socio-económico baixo. Em termos de comorbilidade, 8 adolescentes (80%) apresentavam, pelo menos, um diagnóstico comórbido (4 adolescentes, 40%, apresentava um; 10 adolescentes, 10%, apresentava dois; e 3 adolescentes, 30%, apresentava 3 diagnósticos comórbidos); apenas 2 adolescentes (20%) não apresentavam qualquer outro diagnóstico, para além de fobia social. Quanto ao tipo de diagnósticos comórbidos, 5 adolescentes (50%) apresentavam uma fobia específica (um adolescente apresentava apenas uma, outro adolescente apresentava duas e três adolescentes apresentavam três fobias específicas), 1 apresentava uma perturbação de pânico, 1 apresentava uma perturbação de ansiedade generalizada e outro apresentava uma perturbação de ansiedade de separação.

2.2.2. Procedimentos estatísticos

A análise realizada aos 10 alunos que se mantiveram ao longo dos quatro momentos do estudo realizado implicou a utilização de uma Análise da Variância de Medidas Repetidas. Esta opção prende-se com o facto deste ser o procedimento mais adequado e fidedigno a este tipo de comparações, quando se possui em atenção os pressupostos da sua aplicação (Howell, 2007; Taris, 2000). Assim, atendendo a que se dispunha, pelo menos, 10 sujeitos por célula (os mesmos ao longo dos quatro momentos de avaliação) e que este plano comporta um nível de confiança acrescido pela variabilidade se dever aos mesmos sujeitos, considerámos a persecução dos cálculos (Taris, 2000).

Por outro lado, considerou-se, em todas as análises, a existência de esfericidade, através do teste de Mauchly e, caso esta não pudesse ser assumida, considerou-se a correcção aos graus de liberdade, proposta por Greenhouse e Geiser, considerada como uma abordagem mais restritiva (Howell, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007).

Adicionalmente, considerou-se o tamanho do efeito, como reforço da validade da relação entre as variáveis medidas (Howell, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007). Sendo este efeito avaliado usando a grelha proposta por Cohen (1988), é considerado baixo a partir de .20, médio a partir de .50 e alto a partir de .80.

Nas comparações múltiplas entre os momentos de avaliação, considerou-se a correcção de Bonferroni que, sendo uma medida mais restritiva, apenas considera efeitos que sejam, no mínimo, moderados (Howell, 2007).

A opção pela Análise de Variância de Medidas Repetidas, mesmo possuindo o número mínimo de sujeitos necessários à sua aplicação prendeu-se com facto deste procedimento ser o mais robusto e completo para a análise que pretendíamos realizar, assim como a consciência de que a utilização dos mesmos sujeitos ao longo do plano de investigação permite um maior controlo das fontes de erro. Por outro lado, considerámos pouco arriscada esta opção, na medida em que o número mais reduzido de efectivos apenas levaria a uma decisão estatística mais restritiva, não possibilitando o assumir de efeitos principais (Taris, 2000).

2.2.3. Resultados do estudo longitudinal

Recorrendo a uma Análise da Variância de Medidas Repetidas com quatro momentos de avaliação e cálculo do tamanho do efeito, comparámos os 10 adolescentes nos momentos referidos, em determinadas variáveis seleccionadas.

As variáveis que seleccionámos para este estudo foram: a classificação de interferência avaliada pelo adolescente, os valores das subescalas da Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS) e o seu valor médio, o número de medos pontuados na ADIS-C com valores superiores a 4, o valor total do questionário Reacção aos Testes (RT), o valor total e o valor do factor Medo de Avaliação Negativa da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), o valor total médio das duas subescalas da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), o valor total da Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA) e a classificação total da Escala de Comparação Social (SCS).

A escolha destas variáveis baseou-se em alguns critérios. Para além de nos parecer importante incluir a avaliação da interferência que os adolescentes atribuem às suas dificuldades, este é, habitualmente, um valor que todos os estudos referem e comparam. Os valores da SDS pareceram-nos importantes por se tratar de uma outra medida de interferência, mais específica para cada contexto de vida (escolar, social, afectivo) e para a interferência global das dificuldades. Pareceu-nos, também, importante analisar as mudanças, ao longo do tempo, do número de medos sociais assinalados na ADIS. Incluímos os valores totais do RT, da SAS-A e da EAESSA, por serem escalas importantes na avaliação da ansiedade e evitamento de inúmeras situações sociais e de desempenho e por possuímos valores normativos ou pontos de corte para a população portuguesa, nesses questionários. A classificação do factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A justifica-se por a literatura nesta área considerar o medo de avaliação negativa como o factor com melhor valor preditivo nos resultados de tratamento (Clark & Wells, 1995; Heimberg & Juster, 1995; Leary & Kowalski, 1995; Rapee, 1995). Incluímos, ainda, o valor total da ECSSSA por considerarmos os comportamentos de segurança como importantes factores de manutenção das dificuldades que foram alvo específico de intervenção. Finalmente, decidimos incluir também a classificação total da SCS, por considerarmos a comparação social como um importante indicador de como os adolescentes se posicionam perante os outros, julgando que seria importante observar como, ao longo do tempo, os valores de comparação social foram (ou não) sofrendo alterações significativas.

As hipóteses que colocámos relativamente a este estudo (B.3.a), b) e c) foram de não existência de diferenças significativas entre as medidas de lista de espera e pré-tratamento e entre as medidas de pós-tratamento e *follow-up* de um mês, bem como a existência de diferenças significativas entre as medidas de pré e pós-tratamento. Estas hipóteses diziam respeito a todas as variáveis deste estudo. Os resultados referentes a estas variáveis, nos 4 momentos de avaliação, encontram-se descritos a seguir.

2.2.3.1. Interferência

Relativamente à medida de interferência, os resultados intra-sujeitos revelaram-se estatisticamente significativos ($F_{(3)} = 206.132$; $p = .000$), sendo o valor do tamanho do efeito de .958, o que nos indica um elevado nível de confiança (cf. Quadro 7.32).

Quadro 7.32: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da interferência, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
Interferência	Lista de Espera	6.60	.70	206.132	.000	.958
	Pré-Tratamento	6.80	.63			
	Pós-Tratamento	1.80	1.03			
	Follow-up 1 mês	1.40	1.08			

Na análise de comparações múltiplas entre os momentos de avaliação, não se verificaram quaisquer mudanças significativas entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p = 1.000$) e verificaram-se diferenças significativas entre esta última medida e o pós-tratamento ($p = .000$). Entre o pós-tratamento e o *follow-up*, voltaram a não se verificar diferenças significativas ($p = .221$) (cf. Quadro 7.33).

Quadro 7.33: Comparações múltiplas da medida de interferência, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-.200	1.000
	Pós-Tratamento	4.800	.000
	Follow-up 1 mês	5.200	.000
Pré-Tratamento	Lista de Espera	.200	1.000
	Pós-Tratamento	5.000	.000
	Follow-up 1 mês	5.400	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-4.800	.000
	Pré-Tratamento	-5.000	.000
	Follow-up 1 mês	.400	.221
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-5.200	.000
	Pré-Tratamento	-5.400	.000
	Pós-Tratamento	-.400	.221

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

A análise do perfil da interferência, tal como observamos no gráfico 7.1, revela que, do primeiro para o segundo momento de avaliação, a linha se mantém praticamente horizontal ao eixo das abcissas; contudo, do segundo para o terceiro momento, verifica-se uma redução elevada das pontuações (5 pontos). Do terceiro para o último momento de avaliação, a redução das pontuações médias é muito pequena (-.400).

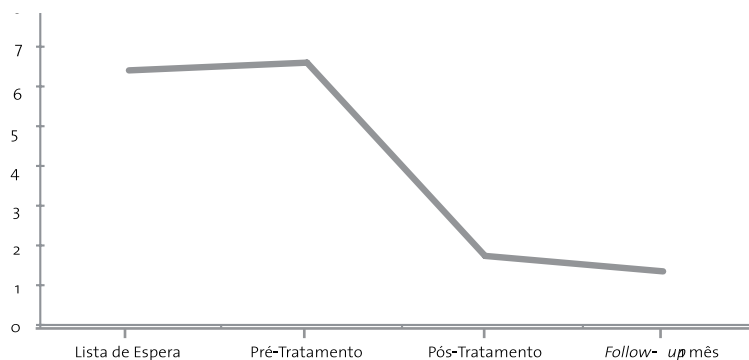


Gráfico 7.1: Gráfico do perfil da interferência, em 4 momentos no tempo.

2.2.3.2 Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS)

a) Área escolar

Na subescala da SDS referente à área escolar, os resultados intra-sujeitos revelaram-se estatisticamente significativos ($F_{(1,658)} = 48.352; p = .000$), sendo o valor do tamanho do efeito de .843 (cf. Quadro 7.34).

Quadro 7.34: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Incapacitação de Sheehan-área escolar, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
SDS Área Escolar	Lista de Espera	6.50	2.17	48.352	.000	.843
	Pré-Tratamento	7.10	1.10			
	Pós-Tratamento	2.10	.88			
	Follow-up 1 mês	1.60	1.17			

Nota: SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

Nas comparações entre os momentos de avaliação, não se verificaram mudanças significativas entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p= 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p= .574$). Foram verificadas diferenças significativas, entre o pré e o pós-tratamento ($p= .000$) (cf. Quadro 7.35).

Quadro 7.35: Comparações múltiplas da Escala de Incapacitação de Sheehan-área escolar, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-.600	1.000
	Pós-Tratamento	4.400	.002
	<i>Follow-up</i> 1 mês	4.900	.001
Pré-Tratamento	Lista de Espera	.600	1.000
	Pós-Tratamento	5.000	.000
	<i>Follow-up</i> 1 mês	5.500	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-4.400	.002
	Pré-Tratamento	-5.000	.000
	<i>Follow-up</i> 1 mês	.500	.574
<i>Follow-up</i> 1 mês	Lista de Espera	-4.900	.001
	Pré-Tratamento	-5.500	.000
	Pós-Tratamento	-.500	.574

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

A análise do perfil desta subescala revela que, após uma ligeira subida do tempo de lista de espera para o pré-tratamento, se verificou uma descida acentuada (5 pontos) para o pós-tratamento e uma descida ligeira para o tempo de *follow-up* (gráfico 7.2).

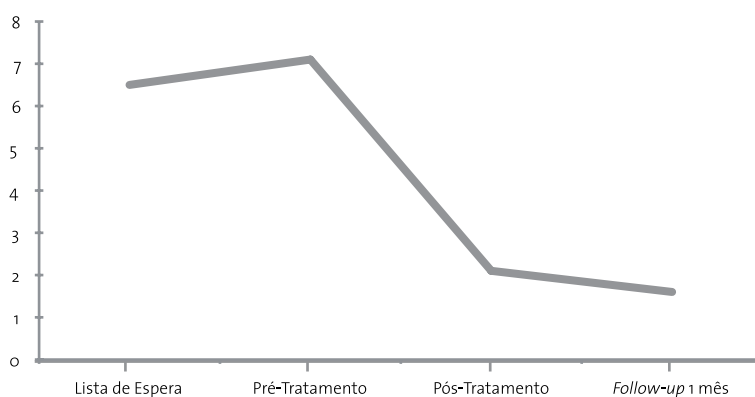


Gráfico 7.2: Gráfico do perfil da Escala de Incapacitação de Sheehan-área escolar, em 4 momentos no tempo.

b) Vida Social

Na subescala da SDS referente à vida social, os resultados intra-sujeitos revelaram-se também estatisticamente significativos ($F_{(3)} = 89.354$; $p= .000$), sendo o valor do tamanho do efeito de .908 (cf. Quadro 7.36).

Quadro 7.36: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Incapacitação de Sheehan-vida social, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
SDS Vida Social	Lista de Espera	7.90	1.66	89.354	.000	.908
	Pré-Tratamento	7.90	1.37			
	Pós-Tratamento	2.10	1.45			
	Follow-up 1 mês	2.00	1.33			

Nota: SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

Nas comparações entre os momentos de avaliação desta subescala, não se verificaram mudanças significativas entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p= 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p= .574$). Foram verificadas diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p= .000$) (cf. Quadro 7.37).

Quadro 7.37: Comparações múltiplas da Escala de Incapacitação de Sheehan-vida social, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	.000	1.000
	Pós-Tratamento	5.800	.000
	Follow-up 1 mês	5.900	.000
Pré-Tratamento	Lista de Espera	.000	1.000
	Pós-Tratamento	5.800	.000
	Follow-up 1 mês	5.900	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-5.800	.000
	Pré-Tratamento	-5.800	.000
	Follow-up 1 mês	.100	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-5.900	.000
	Pré-Tratamento	-5.900	.000
	Pós-Tratamento	-.100	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas

Na SDS-vida social, o perfil revela que a linha se manteve constante, da lista de espera para o pré-tratamento; verificou-se depois uma descida expressiva para o pós-tratamento (5.8 pontos) e uma descida muitíssimo ligeira para o *follow-up* (gráfico 7.3).

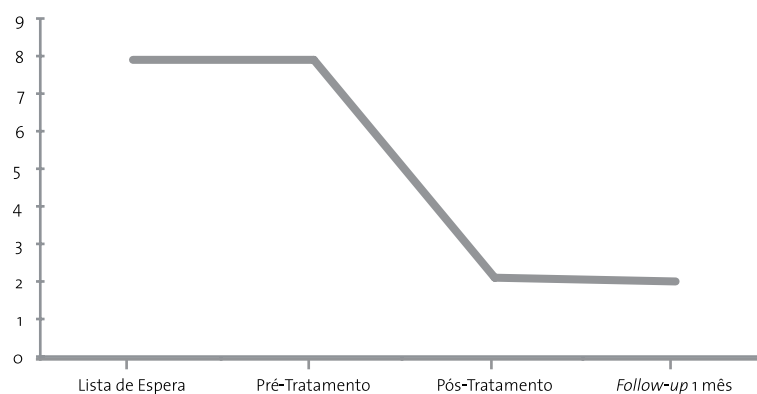


Gráfico 7.3: Gráfico do perfil da Escala de Incapacitação de Sheehan-vida social, em 4 momentos no tempo.

c) Vida Afetiva

Na subescala da SDS referente à vida afetiva, os resultados intra-sujeitos revelaram-se estatisticamente significativos ($F_{(3)} = 17.449$; $p = .000$), embora o valor do tamanho do efeito, de .664, tenha sido mais baixo que os anteriores (mas ainda considerado moderado) (cf. Quadro 7.38).

Quadro 7.38: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Incapacitação de Sheehan-vida afetiva, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
SDS Vida Afetiva	Lista de Espera	7.00	3.13			
	Pré-Tratamento	7.10	2.33	17.449	.000	.664
	Pós-Tratamento	2.70	2.26			
	Follow-up 1 mês	2.70	2.36			

Nota: SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

Nas comparações entre os momentos de avaliação, não se verificaram, mais uma vez, mudanças significativas entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p = 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p = 1.000$), tendo sido verificadas diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p = .002$) (cf. Quadro 7.39).

Quadro 7.39: Comparações múltiplas da Escala de Incapacitação de Sheehan-vida afetiva, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-.100	1.000
	Pós-Tratamento	4.300	.013
	Follow-up 1 mês	4.300	.008
Pré-Tratamento	Lista de Espera	.100	1.000
	Pós-Tratamento	4.400	.002
	Follow-up 1 mês	4.400	.002
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-4.300	.013
	Pré-Tratamento	-4.400	.002
	Follow-up 1 mês	.000	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-4.300	.008
	Pré-Tratamento	-4.400	.002
	Pós-Tratamento	.000	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas

A análise do perfil desta subescala revela que, após uma ligeiríssima subida do tempo de lista de espera para o pré-tratamento, a linha manifesta uma descida acentuada (4.4 pontos) para o pós-tratamento e um traço paralelo entre este último momento e o tempo de *follow-up* (Gráfico 7.4).

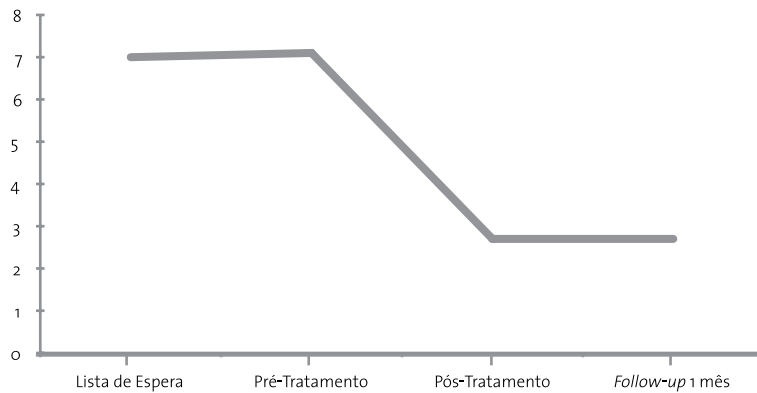


Gráfico 7.4: Gráfico do perfil da Escala de Incapacitação de Sheehan-vida afectiva, em 4 momentos no tempo

d) SDS total

No total da SDS, os resultados intra-sujeitos revelaram-se estatisticamente significativos ($F_{(3)} = 95.031$; $p = .000$), sendo o valor do tamanho do efeito de .913, valor que manifesta um elevado nível de confiança (cf. Quadro 7.40).

Quadro 7.40: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Incapacitação de Sheehan-total, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
SDS – Total	Lista de Espera	7.13	1.65	95.031	.000	.913
	Pré-Tratamento	7.37	1.04			
	Pós-Tratamento	2.30	1.05			
	Follow-up 1 mês	2.10	1.46			

Nota: SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan.

Quadro 7.41: Comparações múltiplas da Escala de Incapacitação de Sheehan-total, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-.233	1.000
	Pós-Tratamento	4.833	.000
	Follow-up 1 mês	5.033	.000
Pré-Tratamento	Lista de Espera	.233	1.000
	Pós-Tratamento	5.067	.000
	Follow-up 1 mês	5.267	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-4.833	.000
	Pré-Tratamento	-5.067	.000
	Follow-up 1 mês	.200	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-5.033	.000
	Pré-Tratamento	-5.267	.000
	Pós-Tratamento	-.200	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

Na pontuação total média da SDS, à semelhança do que aconteceu nas suas subescalas, não se verificaram quaisquer mudanças significativas nas comparações dos momentos de avaliação, entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p= 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p= 1.000$), embora tenham sido verificadas diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p= .000$) (cf. Quadro 7.41).

O perfil do total médio da SDS apresenta uma subida ligeira do tempo de lista de espera para o pré-tratamento, uma descida acentuada (5.067 pontos) para o pós-tratamento e uma descida muito ligeira para o *follow-up* (gráfico 7.5).

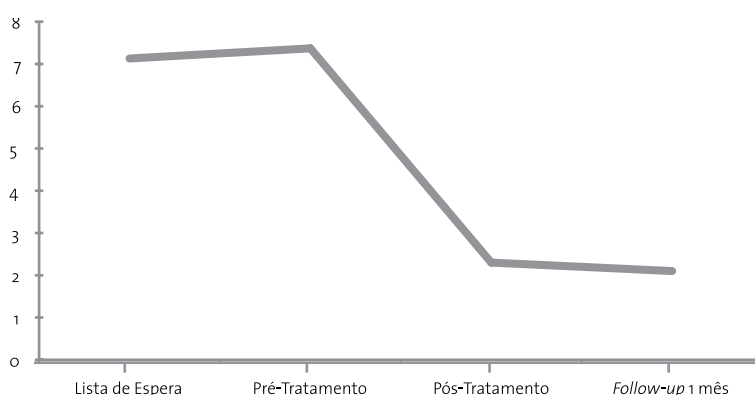


Gráfico 7.5: Gráfico do perfil da Escala de Incapacitação de Sheehan-total, em 4 momentos no tempo.

2.2.3.3. Número de medos sociais

No número de medos sociais, retirados da ADIS-C com valores iguais ou superiores a 4, a comparação intra-sujeitos atingiu níveis de significância estatística ($F_{(3)}= 125.365$; $p= .000$), com um valor do tamanho do efeito elevado de .933 (cf. Quadro 7.42).

Quadro 7.42: Médias (M) e desvios-padrão (DP) dos medos sociais, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
Medos Sociais	Lista de Espera	15.10	3.57	125.365	.000	.933
	Pré-Tratamento	15.00	3.77			
	Pós-Tratamento	2.40	2.41			
	Follow-up 1 mês	1.10	1.66			

Nas comparações entre os momentos de avaliação nos Medos Sociais, não se verificaram, mais uma vez, mudanças significativas entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p= 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p= .730$), tendo sido verificadas diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p= .000$) (cf. Quadro 7.43).

Quadro 7.43: Comparações múltiplas dos Medos Sociais, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	.100	1.000
	Pós-Tratamento	12.700	.000
	<i>Follow-up</i> 1 mês	14.000	.000
Pré-Tratamento	Lista de Espera	-.100	1.000
	Pós-Tratamento	12.600	.000
	<i>Follow-up</i> 1 mês	13.900	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-12.700	.000
	Pré-Tratamento	-12.600	.000
	<i>Follow-up</i> 1 mês	1.300	.730
<i>Follow-up</i> 1 mês	Lista de Espera	-14.000	.000
	Pré-Tratamento	-13.900	.000
	Pós-Tratamento	-1.300	.730

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

A análise do perfil desta subescala revela que os medos se mantiveram quase constantes entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento, verificando-se uma descida acentuada (12.6 pontos) para o pós-tratamento e uma descida pouco acentuada para o tempo de *follow-up* (gráfico 7.6).

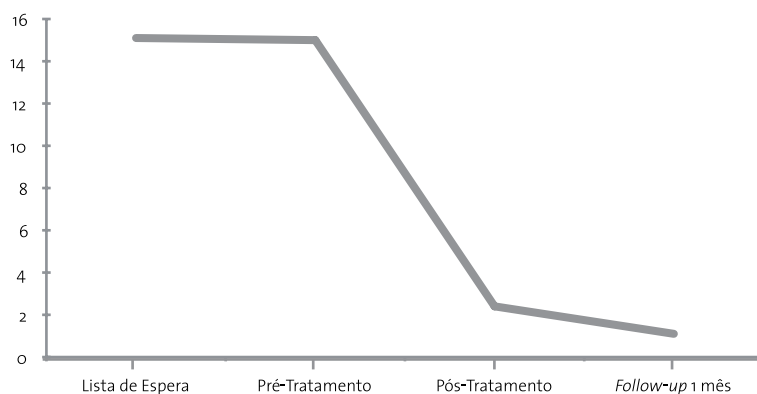


Gráfico 7.6: Gráfico do perfil dos Medos Sociais, em 4 momentos no tempo

2.2.3.4. Reacção aos testes (RT)

No RT, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas nos resultados intra-sujeitos ($F_{(1,493)} = 12.335$; $p = .002$), com um valor do tamanho do efeito, avaliado como moderado (.578), segundo a escala proposta por Cohen (1988) (cf. Quadro 7.44).

Quadro 7.44: Médias (M) e desvios-padrão (DP) do Reacção aos Testes, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
RT	Lista de Espera	2.21	.75	12.335	.002	.578
	Pré-Tratamento	2.16	.75			
	Pós-Tratamento	1.43	.27			
	Follow-up 1 mês	1.36	.26			

Nota: RT – Reacção aos Testes.

Nas comparações entre os momentos de avaliação, não foram verificadas mudanças significativas entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p= 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p= 1.000$). Encontrámos diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p= .036$) (cf. Quadro 7.45).

Quadro 7.45: Comparações múltiplas do Reacções aos Testes, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	.050	1.000
	Pós-Tratamento	.779	.027
	Follow-up 1 mês	.853	.027
Pré-Tratamento	Lista de Espera	-.050	1.000
	Pós-Tratamento	.729	.036
	Follow-up 1 mês	.803	.030
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-.779	.027
	Pré-Tratamento	-.729	.036
	Follow-up 1 mês	.074	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-.853	.027
	Pré-Tratamento	-.803	.030
	Pós-Tratamento	-.074	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

Após uma ligeira descida na pontuação desta escala entre os dois primeiros momentos de avaliação, o perfil manifesta uma descida abrupta para o momento de pós-tratamento, seguido de uma descida pouco acentuada para o *follow-up* (gráfico 7.7).

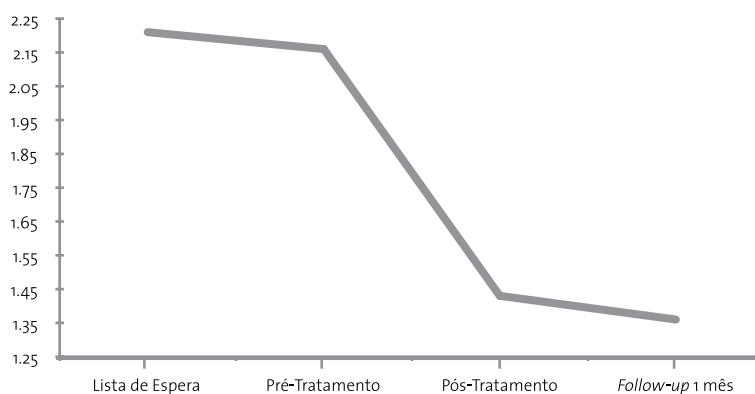


Gráfico 7.7: Gráfico do perfil do Reacções aos Testes, em 4 momentos no tempo

2.2.3.5. Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A)

Na SAS-A, encontramos diferenças estatisticamente significativas nos resultados intra-sujeitos ($F_{(1,541)} = 41.396$; $p = .000$) e um valor do tamanho do efeito de .821 (cf. Quadro 7.46).

Quadro 7.46: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
SAS-A	Lista de Espera	68.90	11.30	41.396	.000	.821
	Pré-Tratamento	69.90	9.01			
	Pós-Tratamento	41.60	9.78			
	Follow-up 1 mês	39.70	9.91			

Nota: SAS-A Escala de Ansiedade Social para Adolescentes.

Nesta escala, não se verificaram mudanças significativas nas comparações dos momentos de avaliação, entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p = 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p = 1.000$). Foram verificadas diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p = .000$) (cf. Quadro 7.47).

Quadro 7.47: Comparações múltiplas da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-1.000	1.000
	Pós-Tratamento	27.300	.001
	Follow-up 1 mês	29.200	.001
Pré-Tratamento	Lista de Espera	1.000	1.000
	Pós-Tratamento	28.300	.000
	Follow-up 1 mês	30.200	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-27.300	.001
	Pré-Tratamento	-28.300	.000
	Follow-up 1 mês	1.900	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-29.200	.001
	Pré-Tratamento	-30.200	.000
	Pós-Tratamento	-1.900	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

A curva de perfil da SAS-A revela uma muito pequena subida do tempo de lista de espera para o pré-tratamento, uma descida significativa (28.3 pontos) para o pós-tratamento e uma pequena descida para o tempo de *follow-up* (gráfico 7.8).

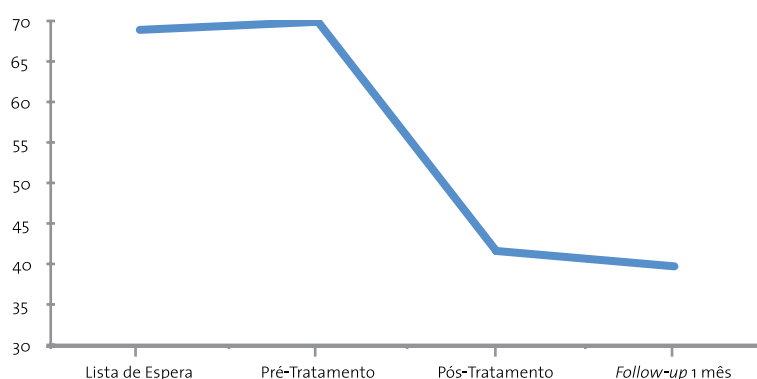


Gráfico 7.8: Gráfico do perfil da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes, em 4 momentos no tempo.

2.2.3.6. Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A): Medo de Avaliação Negativa

Tal como se verificou na pontuação total do SAS-A, verificámos diferenças intra-sujeitos que atingiram níveis de significância, no factor Medo de Avaliação Negativa da mesma escala ($F(3) = 33.826$; $p = .000$), com um valor do tamanho do efeito de .790 (cf. Quadro 7.48).

Quadro 7.48: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes -factor Medo de Avaliação Negativa -, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
SAS-A Medo de Avaliação Negativa	Lista de Espera	25.50	3.81	33.826	.000	.790
	Pré-Tratamento	26.60	2.84			
	Pós-Tratamento	14.50	4.25			
	Follow-up 1 mês	14.30	4.76			

Quadro 7.49: Comparações múltiplas da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes – factor Medo de Avaliação Negativa, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-1.100	1.000
	Pós-Tratamento	11.000	.003
	Follow-up 1 mês	11.200	.004
Pré-Tratamento	Lista de Espera	1.100	1.000
	Pós-Tratamento	12.100	.000
	Follow-up 1 mês	12.300	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-11.000	.003
	Pré-Tratamento	-12.100	.000
	Follow-up 1 mês	.200	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-11.200	.004
	Pré-Tratamento	-12.300	.000
	Pós-Tratamento	-.200	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

Também no factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A, nas comparações entre os momentos de avaliação, não foram verificadas mudanças significativas entre o tempo de lista de

espera e o pré-tratamento ($p= 1.000$), nem entre o pós-tratamento e o follow-up ($p= 1.000$). Foram encontradas diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p= .000$) (cf. Quadro 7.49).

No perfil da pontuação deste factor, constatámos uma subida entre a lista de espera e o pré-tratamento, uma descida bastante acentuada deste tempo para o pós-tratamento, e uma ligeira descida para o *follow-up* (gráfico 7.9).

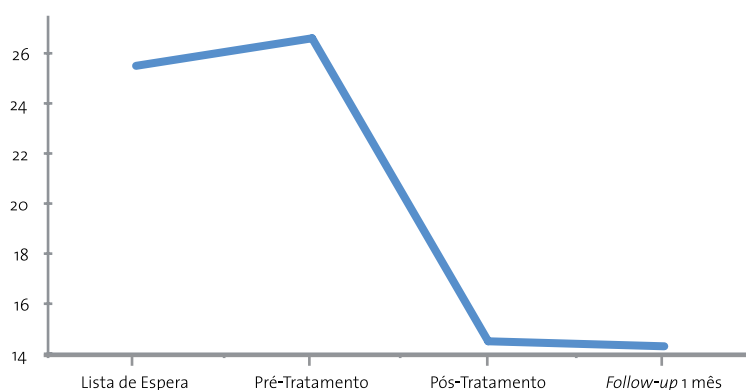


Gráfico 7.9: Gráfico do perfil da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes – factor Medo de Avaliação Negativa, em 4 momentos no tempo.

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

No EAESSA (valor total médio), verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas nos resultados intra-sujeitos ($F_{(1,495)} = 33.335$; $p = .000$), sendo de .787 o valor do tamanho do efeito, neste caso considerado médio ou moderado (cf. Quadro 7.50).

Quadro 7.50: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
EAESSA	Lista de Espera	98.90	27.33	33.335	.000	.787
	Pré-Tratamento	107.80	18.65			
	Pós-Tratamento	57.55	11.02			
	Follow-up 1 mês	53.35	9.27			

Nota: EAESSA – Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

Nas comparações entre os momentos de avaliação desta escala, não foram encontradas mudanças significativas entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p = .995$), nem entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p = .339$). Encontrámos diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p = .000$) (cf. Quadro 7.51).

Quadro 7.51: Comparações múltiplas da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-8.900	.995
	Pós-Tratamento	41.350	.007
	<i>Follow-up</i> 1 mês	45.550	.005
Pré-Tratamento	Lista de Espera	8.900	.995
	Pós-Tratamento	50.250	.000
	<i>Follow-up</i> 1 mês	54.450	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-41.350	.007
	Pré-Tratamento	-50.250	.000
	<i>Follow-up</i> 1 mês	4.200	.339
<i>Follow-up</i> 1 mês	Lista de Espera	-45.550	.005
	Pré-Tratamento	-54.450	.000
	Pós-Tratamento	-4.200	.339

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

A análise do perfil da EASESSA revela que, após uma subida do tempo de lista de espera para o pré-tratamento, se verificou uma descida acentuada (50.25 pontos) para o pós-tratamento, seguida de uma descida para o tempo de *follow-up* (gráfico 7.10).

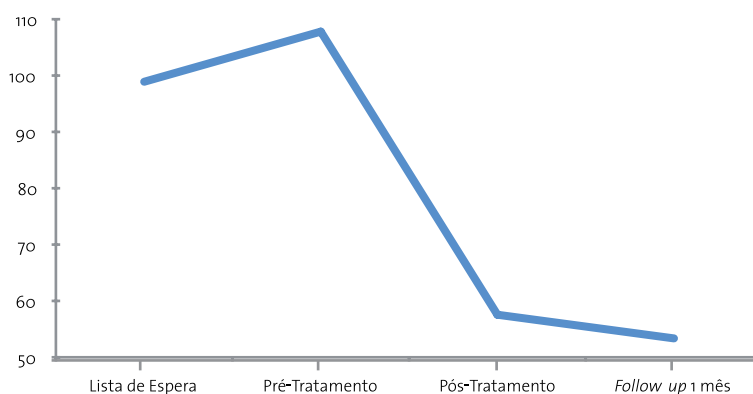


Gráfico 7.10: Gráfico do perfil da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, em 4 momentos no tempo.

2.2.3.8. Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA)

Os resultados intra-sujeitos na ECSSSA apresentaram diferenças significativas ($F_{(1,633)} = 37.538; p = .000$), com um valor do tamanho do efeito de .807 (cf. Quadro 7.52).

Quadro 7.52: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
ECSSSA	Lista de Espera	48.00	10.72	37.538	.000	.807
	Pré-Tratamento	52.00	6.04			
	Pós-Tratamento	28.10	3.25			
	Follow-up 1 mês	27.60	4.30			

Nota: ECSSSA – Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes.

Quanto à ECSSSA, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na comparação dos momentos de avaliação, tanto na comparação entre o tempo de lista de espera e o pré-tratamento ($p= 1.000$), como na comparação entre o pós-tratamento e o *follow-up* ($p= 1.000$). Verificaram-se diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento ($p= .000$) (cf. Quadro 7.53).

Quadro 7.53: Comparações múltiplas da Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	-4.000	1.000
	Pós-Tratamento	19.900	.002
	Follow-up 1 mês	20.400	.003
Pré-Tratamento	Lista de Espera	4.000	1.000
	Pós-Tratamento	23.900	.000
	Follow-up 1 mês	24.400	.000
Pós-Tratamento	Lista de Espera	-19.900	.002
	Pré-Tratamento	-23.900	.000
	Follow-up 1 mês	.500	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	-20.400	.003
	Pré-Tratamento	-24.400	.000
	Pós-Tratamento	-5.000	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

A análise do perfil revela uma ligeira subida do tempo de lista de espera para o pré-tratamento, uma descida acentuada (23.9 pontos) para o pós-tratamento e uma descida pouco acentuada para o *follow-up* (Gráfico 7.11).

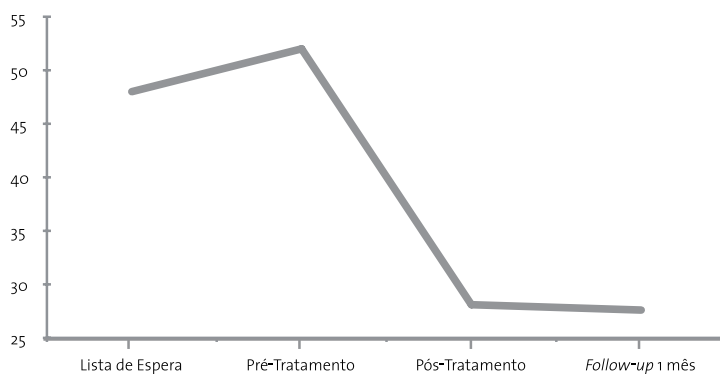


Gráfico 7.11: Gráfico do perfil da Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes, em 4 momentos no tempo.

2.2.3.9. Escala de Comparação Social (SCS)

Relativamente à SCS, embora os resultados das medidas repetidas tenham apresentado diferenças estatisticamente significativas ($F_{(1,316)} = 5.631; p = .028$), o tamanho do efeito (.385) revela baixa importância da variável tempo na comparação social (cf. Quadro 7.54). Neste sentido, embora o valor de F seja estatisticamente significativo, este não é corroborado nas comparações múltiplas, em que não se verificaram diferenças significativas, em nenhuma comparação entre os diferentes momentos no tempo (cf. Quadro 7.55).

Quadro 7.54: Médias (M) e desvios-padrão (DP) da Escala de Comparação Social, em 4 momentos no tempo. Análise de variância de medidas repetidas para verificação de diferenças e tamanho do efeito

Medidas	Tempos	M	DP	F	p	Tamanho do Efeito
SCS	Lista de Espera	53.60	14.23	5.631	.028	.385
	Pré-Tratamento	50.50	11.18			
	Pós-Tratamento	66.70	9.12			
	Follow-up 1 mês	70.00	13.10			

Nota: SCS – Escala de Comparação Social.

Quadro 7.55: Comparações múltiplas da Escala de Comparação Social, entre os 4 momentos no tempo

Medidas	Tempos	Diferença das Médias	p
Lista de Espera	Pré-Tratamento	3.100	1.000
	Pós-Tratamento	-13.100	.524
	Follow-up 1 mês	-16.400	.426
Pré-Tratamento	Lista de Espera	-3.100	1.000
	Pós-Tratamento	-16.200	.065
	Follow-up 1 mês	-19.500	.085
Pós-Tratamento	Lista de Espera	13.100	.524
	Pré-Tratamento	16.200	.065
	Follow-up 1 mês	-3.300	1.000
Follow-up 1 mês	Lista de Espera	16.400	.426
	Pré-Tratamento	19.500	.085
	Pós-Tratamento	3.300	1.000

a. Ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas.

O perfil da SCS apresentou uma redução do tempo de lista de espera para o pré-tratamento, uma subida acentuada entre este momento e o momento de pós-tratamento (16.200) e uma subida para o tempo de *follow-up* (gráfico 7.12).

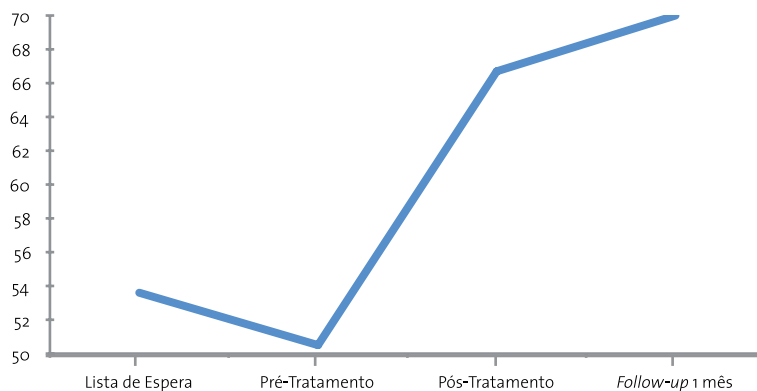


Gráfico 7.12: Gráfico do perfil da Escala de Comparação Social, em 4 momentos no tempo.

2.3. Comparações intra-grupo: análise no follow-up de 3 meses

2.3.1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 5 adolescentes, dos quais dispusemos de dados no *follow-up* de 3 meses. Destes, 2 (40%) eram do sexo masculino e 3 (60%) do sexo feminino, com uma média de idades de 16.4 ($DP= .548$) e uma média de anos de escolaridade de 11.40 ($DP= .548$). Três adolescentes (60%) pertenciam aos estatutos socio-económicos médio ou alto (2, 40%, médio e 1, 20%, alto) e dois adolescentes (40%) pertenciam a um estatuto socio-económico baixo. Relativamente à comorbilidade, um adolescente (20%) não apresentava diagnósticos comórbidos, um adolescente apresentava uma perturbação de ansiedade de separação, um adolescente apresentava uma perturbação de pânico e dois adolescentes apresentava 3 fobias específicas.

Tratou-se de adolescentes recolhidos na clínica, pelo que, neste estudo, não foi necessário realizar análises iniciais para confirmar a equivalência de grupos recolhidos em diferentes contextos.

2.3.2. Procedimentos estatísticos

No estudo das diferenças em medidas referentes aos mesmos sujeitos (intra-grupo), quando o número de alunos era bastante reduzido ($n= 5$), optou-se pelo teste não paramétrico de Wilcoxon, comparando o mesmo grupo em dois tempos de avaliação, numa variável contínua (Howell, 2007).

2.3.3 Comparações entre o Pós-tratamento e o *follow-up* de 3 meses

Só tendo sido possível dispor dos dados do *follow-up* de 3 meses de 5 sujeitos, não quisemos, ainda assim, deixar de apresentá-los.

Na análise destes resultados, estudámos as mesmas variáveis que havíamos seleccionado para efectuar o estudo longitudinal em quatro momentos no tempo, excepto as avaliações de incapacidade da Escala de Incapacitação de Sheehan, respondida pelos pais, por não dispormos dessa avaliação nos *follow-ups*. Utilizámos, então, as seguintes variáveis: interferência, pontuação média da Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS) e as pontuações das suas três subesca-

las, medos sociais, pontuação total do Reacções aos Testes (RT) e Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), pontuação do factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A, pontuação média da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA) e pontuação total da Escala de Comparação Social (SCS).

Como tinha já sido constatado que não existiam diferenças significativas na maior parte destas medidas, do pós-tratamento para o *follow-up* de um mês, efectuámos os cálculos comparando agora os resultados no pós-tratamento com os resultados do *follow-up* de três meses. Não esperávamos, no entanto, encontrar aqui diferenças significativas, embora esperássemos encontrar a indicação descritiva de manutenção dos ganhos anteriormente adquiridos (cf. Hipótese B.4.a). Os resultados estão apresentados no Quadro 7.56.

Da análise dos resultados, constatámos que, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas entre o pós-tratamento e o *follow-up* de 3 meses, o estudo das médias sugere que as melhorias não só se mantiveram, como aumentaram em todas as medidas analisadas (cf. Quadro 7.56).

Quadro 7.56: Médias (M), desvios-padrão (DP) e mean rank das diferentes medidas, no pós-tratamento e *follow-up* de 3 meses. Teste de Wilcoxon para verificação de diferenças

	Pós-Tratamento		Follow-up 3 meses		Mean Rank	Z	p
	M	DP	M	DP			
Interferência	1.20	.84	.60	.55	2.00	1.732	.083
SDS - Área Escolar	1.60	.89	.80	.84	2.00	1.633	.102
SDS - Vida Social	1.60	1.67	1.40	1.34	2.00	.447	.655
SDS - Vida Afetiva	1.80	1.48	1.00	2.24	2.83	1.300	.194
SDS - Total	1.67	1.00	1.07	1.32	3.00	1.236	.216
Medos Sociais	.80	1.10	.60	.55	3.00	.378	.705
RT	1.47	.37	1.25	.19	2.50	1.826	.068
SAS-A	42.40	14.43	34.60	10.21	2.50	1.826	.068
SAS-A: medo de avaliação negativa	14.20	6.18	12.80	4.87	2.83	1.289	.197
EAESSA	59.70	14.62	52.90	13.22	3.50	1.761	.078
ECSSSA	26.80	4.09	23.80	3.42	3.00	1.461	.144
SCS	69.20	11.17	73.20	9.42	2.50	.674	.500

Nota: SDS – Escala de Incapacitação de Sheehan; RT – Reacção aos Testes; SAS-A – Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; EAESSA – Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA – Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; SCS – Escala de Comparação Social.

2.4 Análise de possíveis factores que influenciam os resultados de tratamento

Neste estudo, utilizámos a amostra das comparações intra-grupo entre o pré-tratamento e o pós-tratamento, descrita no ponto 2.1.1 deste capítulo.

Os dados da literatura apontam, por vezes, alguns factores que consideram poder desempenhar um papel que poderá influenciar os resultados de tratamento. Alguns factores apontados são a gravidade inicial da perturbação, a comorbilidade inicial e a sintomatologia depres-

siva. Assim, fomos investigar se algum destes factores interferiu nos resultados de tratamento, tendo escolhido como variáveis para definir os resultados de tratamento as diferenças entre o pré e o pós-tratamento, no grau de interferência e no factor Medo de Avaliação Negativa da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes. O grau de interferência foi escolhido como variável de resultado, por se tratar de uma variável importante do ponto de vista do diagnóstico. O factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A foi também incluído neste estudo por, como referimos anteriormente, o medo de avaliação negativa ser considerado por diversos autores o melhor preditor de resultados.

2.4.1. Associação entre a comorbilidade e sintomatologia depressiva e as melhorias decorrentes do tratamento

De acordo com a literatura, e conforme as nossas hipóteses C. a), b), contávamos encontrar associações significativas entre os resultados de tratamento e os valores iniciais de comorbilidade e sintomatologia depressiva.

Através de um procedimento não-paramétrico – a correlação de Spearman –, averiguou-se o grau de associação entre as medidas atrás referidas, tendo-se verificado que não existiam associações estatisticamente significativas. Neste sentido, parece não ser possível explicar as melhorias decorrentes do tratamento em função do número de diagnósticos comórbidos ou da extensão da sintomatologia depressiva (cf. Quadro 7.57).

Quadro 7.57. Rho de Spearman entre as diferenças do pré para o pós-tratamento na interferência e medo da avaliação negativa e o número de diagnóstico comórbidos e CDI

	Nº de diagnósticos comórbidos	CDI
Interferência		
Diferença Pré/Pós-Tratamento	.016	-.313
Medo de Avaliação Negativa		
Diferença Pré/Pós-Tratamento	.229	.160

Nota: CDI – Inventário de Depressão para Crianças.

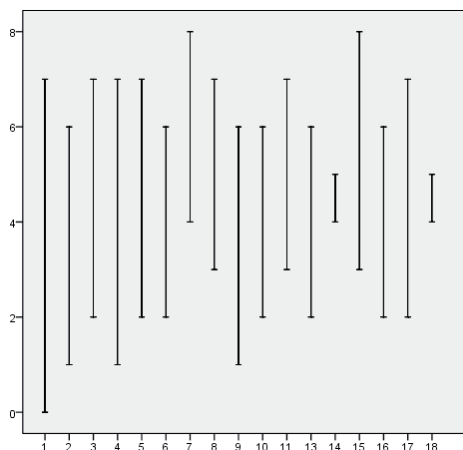
2.4.2. Perfis de mudança

O estudo da estabilidade na mudança foi realizado considerando o coeficiente de correlação intraclasse (ICC), que avalia, numa escala de 0 a 1, se os indivíduos, ao mudarem no tempo, mantêm as suas posições relativas. Quanto mais elevado for o valor deste indicador maior a estabilidade (Cohen, 1988, Howell, 2007).

Os gráficos 7.13 e 7.14 representam o perfil individual dos 17 adolescentes que terminaram o tratamento, nas medidas de interferência, do pré-tratamento para o pós-tratamento (gráfico 7.13) e do pré-tratamento para o *follow-up* de um mês (gráfico 7.14).

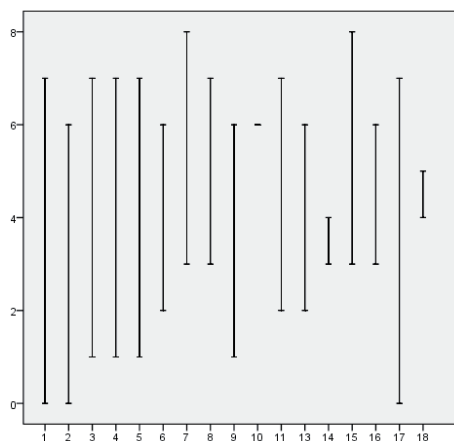
Da análise de ambos os gráficos, verificámos que não existe estabilidade na mudança (hipótese C.c). Por outras palavras, alguns adolescentes que apresentavam níveis iniciais de interferência mais elevados terminaram o tratamento ou o *follow-up* de um mês com níveis de interferência mais baixos, do que adolescentes que apresentavam inicialmente níveis de interfe-

rência mais baixos; da mesma forma, alguns adolescentes que apresentavam níveis de interferência mais baixos no pré-tratamento apresentaram níveis de interferência mais altos do que os colegas no pós-tratamento e/ou no *follow-up*. Este facto é reforçado pelo valor do coeficiente de correlação intraclasse, que revela a ausência de estabilidade na mudança (respectivamente, ICC= -.144 e ICC= -.445).



ICC= -.144 ($F_{(16)} = .874$; $p = .604$)

Gráfico 7.13: Perfil de mudança entre o pré e o pós-tratamento



ICC= -.445 ($F_{(15)} = .692$; $p = .758$)

Gráfico 7.14: Perfil de mudança entre o pré-tratamento e o follow-up de 1 mês

2.5. Avaliação subjectiva do programa

No Questionário de Avaliação do Adolescente, tentámos recolher informação subjectiva, numa escala de 0 a 10, acerca da forma como os adolescentes aderiram e se sentiram durante o programa terapêutico, da sua satisfação com o mesmo, do seu impacto na redução da ansiedade e evitamento e no aumento da qualidade de vida, do tipo de estratégias que consideraram ter ajudado mais no ultrapassar das dificuldades e do grau em que aconselhariam o programa a um amigo com as mesmas dificuldades que demonstravam inicialmente.

No estudo desta avaliação, descrevem-se, em seguida, os valores mínimos, máximos, médios e de desvio-padrão dos itens do questionário. Pretendia-se, com este procedimento, possibilitar uma leitura geral das respostas dos adolescentes ao Questionário de Avaliação do Adolescente.

De acordo com as hipóteses iniciais (D. a), b), c), esperávamos graus elevados de adesão, motivação, interesse, satisfação com o programa e com os terapeutas, impacto na redução da ansiedade e evitamento e impacto no aumento da qualidade de vida (já analisada no ponto 2.3.2.5. deste capítulo). Esperávamos, ainda (hipótese D. d) e e), que existissem componentes do programa considerados mais úteis do que outros e que o (suposto) componente de substituição de pensamentos fosse classificado com valores baixos de utilidade. Por fim, contávamos que os adolescentes classificassem com valores elevados o item relativo à recomendação do protocolo terapêutico a um amigo.

Apenas para dar uma ideia desta avaliação subjectiva, apresentamos o quadro 7.58.

Da análise abreviada dos resultados do quadro, saliente-se que, à excepção de duas, todas as classificações se situaram entre 5 e 10. As excepções verificaram-se no item referente à realização das tarefas entre as sessões e no item relativo ao impacto do programa na redução dos evitamentos, que um adolescente classificou com 3, embora tenha acrescentado na folha de resposta, por baixo deste item, “nunca evitei muito”.

Embora existindo alguns valores entre 3 e 6, todas as classificações médias se situaram entre 7 e 10, significando que o número de classificações mais altas foi sempre muito superior.

Em geral, a adesão ao programa foi muito boa, principalmente no que dizia respeito ao que acontecia nas sessões terapêuticas, dentro ou fora do gabinete. Já a realização das tarefas de casa – adesão fora da sessão – foi classificada com os valores médios mais baixos. O interesse, motivação e “gozo” relativamente ao programa foram também elevados.

Salientamos o facto de o grau de satisfação com o programa ter sido classificado por todos os adolescentes com valores entre 7 e 10, sendo que um adolescente atribuiu o valor 7, dois o valor 8, cinco o valor 9 e nove o valor 10, o que resultou numa média de 9.29. A satisfação com o trabalho dos terapeutas foi boa e todos os adolescentes consideraram que, com grande probabilidade, aconselhariam o programa a um amigo com as mesmas dificuldades ($M= 9.76$; $DP= .56$).

Verificámos, também que os adolescentes consideraram que o programa ajudou bastante, não só na diminuição da ansiedade e dos evitamentos, mas também no aumento da qualidade de vida.

Quanto ao que poderá ter ajudado mais, os adolescentes classificam com valores elevados todos os itens referentes a possíveis factores responsáveis pela mudança.

Percebendo as limitações devido à proximidade das médias, constatámos que os factores que obtiveram as médias mais elevadas, relativamente a serem considerados de grande utilidade para a mudança, foram perceber que os “filmes” que faziam na sua cabeça eram diferentes da realidade ($M= 9.41$; $DP= 1.06$) e do Eu ($M= 9.35$; $DP= .86$) e estarem mais atentos à realidade ($M= 9.35$; $DP= .86$). Logo a seguir, classificou-se a constatação de serem suficientemente bons ($M= 9.29$; $DP= .92$).

Quadro 7.58. Valores mínimos e máximos, médias (M) e desvios-padrão (DP) das classificações no questionário do adolescente

	Mínimo	Máximo	M	DP
Adesão ao grupo e às tarefas, dentro da sessão	7	10	8.76	.97
Adesão ao grupo e às tarefas, fora da sessão	3	10	7.06	2.05
Interesse pelo que se passava no grupo	6	10	9.06	1.09
Motivação para participar no grupo	7	10	8.94	.90
“Gozo” da participação no grupo	6	10	9.12	1.32
Satisfação com o programa	7	10	9.29	.92
Satisfação com os terapeutas	9	10	9.76	.44
Impacto do programa na diminuição da ansiedade em situações sociais e de desempenho	7	10	8.88	.93
Impacto do programa na diminuição dos evitamentos de situações sociais e de desempenho	3	10	8.94	1.68
Impacto do programa na qualidade de vida	7	10	8.82	1.02
Ajudou mais a informação transmitida pelos terapeutas	6	10	8.82	1.29
Ajudou mais a informação transmitida pelos colegas de grupo	7	10	8.82	.88
Ajudou mais a informação transmitida pelas gravações vídeo	5	10	8.71	1.49
Ajudou mais constatar que os outros têm problemas semelhantes	5	10	8.59	1.33
Ajudou mais aprender a não dar tanta importância aos pensamentos	5	10	8.76	1.52
Ajudou mais aprender a substituir um pensamento por pensamentos opostos ou diferentes	5	10	8.47	1.59
Ajudou mais aprender que é possível fazer coisas mesmo quando se está ansioso	7	10	8.88	1.05
Ajudou mais perceber o que se passava consigo	6	10	9.00	1.12
Ajudou mais perceber o que tinha que fazer para mudar	7	10	9.12	1.05
Ajudou mais aceitar coisas que em si que não aceitava	5	10	8.71	1.26
Ajudou mais aceitar coisas que nos outros que não aceitava	6	10	8.76	1.09
Ajudou mais perceber que os “filmes” e a realidade são coisas diferentes	6	10	9.41	1.06
Ajudou mais perceber que os “filmes” e o Eu são coisas diferentes	7	10	9.35	.86
Ajudou mais aceitar os pensamentos e sentimentos	6	10	8.94	.97
Ajudou mais perceber que o cérebro se engana e que não se pode confiar em tudo quando passa pela cabeça	6	10	9.12	1.05
Ajudou mais perceber a ligação entre as experiências passadas e as dificuldades actuais	6	10	9.06	1.09
Ajudou mais as experiências efectuadas dentro das sessões	7	10	9.18	1.02
Ajudou mais as experiências efectuadas fora das sessões com os terapeutas	7	10	9.18	.88

Ajudou mais as experiências efectuadas no ambiente natural	6	10	8.82	1.19
Ajudou mais desistir de comportamentos de segurança	7	10	9.24	1.03
Ajudou mais estar mais atento ao que se passava à sua volta e não em si próprio	7	10	9.35	.86
Ajudou mais não ser tão crítico consigo	7	10	9.12	.86
Ajudou mais não ser tão crítico com os outros	6	10	8.47	1.13
Ajudaram mais as sessões individuais	6	10	8.18	1.33
Ajudou mais perceber que, mesmo ansioso, se podem tomar decisões com base no que é importante	7	10	9.24	.97
Ajudou mais constatar o que ele (a) é suficientemente bom e que as capacidades que tem são suficientemente boas	7	10	9.29	.92
Em que grau aconselharia o programa terapêutico a um amigo com as mesmas dificuldades	8	10	9.76	.56

Síntese

Os resultados apresentados neste capítulo dizem respeito a um conjunto de estudos que levámos a cabo, para avaliar a eficácia do novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social “Ser Eu Próprio entre os Outros”.

Efectuámos, inicialmente, um estudo de comparação dos valores das variáveis no início e no final do tempo de lista de espera. Constatámos que não se verificou nenhuma remissão do diagnóstico de fobia social e não se verificaram diferenças significativas em nenhuma das variáveis, à excepção de duas (factor Interação em Situações Novas, da subescala de Ansiedade da EAESSA e factor de Interação com o Sexo Oposto, na subescala de Evitamento da EAESSA), em que se verificou um agravamento dos resultados.

No estudo entre o pré e o pós-tratamento, verificou-se, em primeiro lugar, uma remissão significativa do diagnóstico de fobia social na grande maioria dos adolescentes. Verificaram-se, também, reduções significativas dos valores de interferência, incapacidade, ansiedade, evitamento, frequência de pensamentos automáticos, frequência de comportamentos de segurança, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva, comorbilidade e dificuldade em fazer amigos. Foram ainda constatados aumentos significativos da vinculação aos amigos, comparação social e qualidade de vida. Estas diferenças tiveram, simultaneamente, um significado estatístico e um significado clínico. Neste estudo, ainda que se tivesse verificado uma tendência para os adolescentes aumentarem a quantidade de amigos e de melhores amigos, essa diferenças não chegaram a atingir significado estatístico. Não se verificaram quaisquer diferenças no envolvimento em actividades extracurriculares de grupo. Nos factores temperamentais e familiares, apenas se verificou uma redução significativa do factor Medos/Doenças, do RSRI, dos factores Ameaça de Abandono, Ameaça de Punição e total do PTI-pai e do factor Sobreprotecção e total do EMBU-mãe.

No estudo longitudinal com 4 medidas no tempo, não se constataram diferenças significativas em nenhuma das variáveis entre a avaliação no início da lista de espera e no pré-tratamento, verifi-

caram-se melhorias significativas em todas as variáveis entre o pré e o pós-tratamento e voltaram a não se encontrar diferenças significativas entre o pós-tratamento e o *follow-up* de um mês.

No estudo de *follow-up* de 3 meses, constatámos que os ganhos se mantiveram, não tendo existido quaisquer diferenças significativas entre as avaliações efectuadas nestes dois momentos.

Quando estudámos a possível influência dos valores iniciais de comorbilidade e de sintomatologia depressiva nos resultados de tratamento, não encontramos qualquer associação significativa.

Não verificámos, também, influência dos valores iniciais de interferência, nos resultados terapêuticos. O facto de se iniciar o tratamento com maiores ou menores níveis de interferência não pareceu associado a uma estabilidade na manutenção de valores de interferência maior ou menor no final do tratamento, não se verificando estabilidade na mudança.

Finalmente, a avaliação subjectiva do programa por parte dos adolescentes revelou níveis elevados de adesão, satisfação e impacto positivo nas dificuldades e qualidade de vida.

CAPÍTULO

8

Capítulo 8

Discussão dos resultados e conclusões gerais

Nos dois capítulos anteriores apresentámos e descrevemos os resultados dos dois estudos efectuados. No presente capítulo, esses resultados serão discutidos, tendo em conta as conceptualizações teóricas, que foram sendo abordadas ao longo da primeira parte deste trabalho, bem como os resultados de outros estudos na mesma área.

Antes ainda de discutir os resultados, faremos apenas algumas considerações metodológicas acerca da amostra, dos instrumentos de avaliação utilizados e das análises iniciais efectuadas.

No final deste capítulo, apresentaremos as conclusões gerais da investigação, bem como as suas limitações, sugerindo algumas direcções para a investigação futura.

1. Considerações metodológicas

Amostra

Os participantes no nosso estudo tiveram duas proveniências: a clínica e a escola. Por este motivo, tendo como objectivo dispor de uma amostra relativamente homogénea e dado que alguma literatura apontava para o facto de amostras recolhidas em contextos não-clínicos apresentar valores de gravidade e interferência inferiores aos de amostras clínicas (Kazdin, 2000; Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995), definimos como critério de inclusão apenas os adolescentes cuja fobia social apresentasse valores de interferência e gravidade iguais ou superiores a 5, e não a 4, como define a ADIS-C. Assim, à partida, poderíamos estar a utilizar uma amostra com maiores níveis de gravidade do que amostras de outros estudos que utilizam na selecção o critério de 4 da ADIS-C. Ainda que este critério pudesse, de alguma forma, comprometer, por exemplo, os resultados de eficácia, resolvemos, ainda assim, utilizá-lo.

Por outro lado, tendo em conta a nossa experiência clínica, definimos como critério de exclusão apresentar diagnósticos comórbidos de depressão, perturbação do comportamento ou hiperactividade. No nosso entender, a adopção deste critério justificava-se pelo facto de as referidas perturbações necessitarem, habitualmente, de intervenção específica dirigida a essas dificuldades, antes de ser iniciada uma intervenção dirigida à fobia social, ainda que a fobia social seja o diagnóstico principal ou primário. Sendo este, clínica e eticamente, um procedimento habitual, pareceu-nos que deveria ser um critério a considerar nesta investigação. Todavia,

este critério, definia, à partida, comorbilidades diferentes de outros estudos que não utilizaram um critério de exclusão tão restritivo e poderia implicar taxas inferiores de comorbilidade.

Avaliação e instrumentos utilizados

Relativamente aos instrumentos utilizados, tivemos como referência orientadora da nossa escolha vários factores. Por um lado, o critério de selecção da amostra foi um critério clínico, pelo que se tornava imprescindível utilizar uma entrevista de diagnóstico válida e sensível a mudanças resultantes do tratamento. Com este objectivo, utilizámos a ADIS-C, uma entrevista plenamente estudada e sensível a resultados de tratamento. Uma nota importante, diz respeito a termos utilizado como variáveis, as respostas a questões da secção de relações interpessoais avaliada pela ADIS-C, algo que nunca vimos em nenhum outro estudo.

Por outro lado, queríamos dispor de medidas que abrangessem o leque alargado de situações que os adolescentes com fobia social podem temer. Por essa razão, não só incluímos questionários de ansiedade e evitamento de situações sociais (SAS-A e EAESSA), como resolvemos incluir dois questionários de ansiedade aos testes (TAI e RT). Estas medidas, haviam já sido referidas como possuindo também sensibilidade relativamente a resultados de tratamento. Necessitávamos, ainda de uma medida cognitiva e outra de comportamentos de segurança, dois factores importantes na manutenção da fobia social. Ainda que não dispuséssemos de medidas aferidas para este fim, utilizámos a Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA) e a Escala de Comportamentos de Segurança para Adolescentes (ECSSSA) para nos fornecerem esse tipo de dados. O mesmo aconteceu com a Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS), bem como com a mesma escala para ser respondida por pais. Sendo importante dispor de uma medida de incapacitação do adolescente e dos pais, utilizámos estas escalas, ainda que sem estudos de aferição na população portuguesa.

Queríamos obter, também, dados referentes a sintomatologia ansiosa geral, para dispormos de uma medida de comparação com as medidas de ansiedade social (RCMAS), e informação relativa a sintomatologia depressiva (CDI) para estudarmos a variação desta sintomatologia e a sua influência nos resultados do tratamento.

Dados referentes ao temperamento foram recolhidos utilizando o RSRI. Ainda que tivéssemos considerado importante a avaliação deste aspecto, temos consciência do enviesamento de memória a que pode estar sujeito por se tratar de uma medida retrospectiva.

Finalmente, obtivemos dados relativos a variáveis familiares e de relação (PTI, EMBU, IPPA) e de comparação social. Relativamente ao PTI, EMBU e IPPA, de referir que, habitualmente medidas retrospectivas em populações adultas, não foram consideradas como tal na nossa amostra, uma vez que os adolescentes estariam a avaliar aspectos presentes de relação com os pais. Também por este motivo, estas medidas não estariam tão sujeitas aos enviesamentos de memória que, usualmente, lhes são apontados.

À excepção da EPASSA, ECSSSA, SDS e PTI, todos os instrumentos utilizados tinham já sido estudados numa população portuguesa e demonstravam boas características psicométricas, o que nos permitiria retirar com confiança conclusões resultantes dos seus dados.

Um procedimento pouco usual na avaliação foi as respostas de todos os questionários de

todos os sujeitos da amostra em todos os momentos de avaliação terem sido revistas pelo investigador e pelos adolescentes, confirmando as respostas e questionando eventuais dúvidas. Pensamos que este cuidado nos poderá ter oferecido uma maior confiança nas respostas aos questionários.

Tomando em consideração que, para além dos instrumentos acabados de descrever, obtivemos, ainda, em entrevista clínica, informação por parte de adolescentes, pais e professores, relativamente às dificuldades sociais dos primeiros, podemos concluir que um ponto importante deste estudo consistiu na utilização de diferentes métodos de avaliação e de diferentes fontes de informação.

Análises iniciais

Como referimos atrás, as amostras dos dois estudos incluíam adolescentes recolhidos em contextos clínicos e não-clínicos. Ainda que a maioria dos estudos de eficácia de programas terapêuticos nesta área tenham utilizado exclusivamente sujeitos provenientes de contextos não clínicos (e.g., escola, anúncio), dois utilizaram apenas população clínica (Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995; Baer & Garland, 2005) e dois utilizaram população recolhida em contexto clínico e não-clínico. Com o objectivo de estudar possíveis diferenças entre os adolescentes provenientes dos dois contextos, efectuámos uma série de análises que nos permitiram constatar que os sujeitos não se diferenciavam significativamente nas variáveis em estudo. Após esta constatação, concluímos ser adequado juntar os dois subgrupos para proceder aos cálculos pertencentes a cada estudo. Este procedimento, que tenhamos conhecimento, não foi efectuado nos dois estudos que também dispuseram de amostras de proveniências mistas e pensamos que é um dado interessante do nosso estudo, ao se ter comprovado que é possível, provavelmente graças a processos de amostragem, obter amostras de contextos não clínicos equivalentes a amostras de contextos clínicos. Esta medida atenuaria a discussão em torno da dificuldade de generalizar resultados de estudos feitos em contexto de investigação (com perturbações com graus de interferência e comorbilidade menores) a contextos clínicos.

2. Estudo 1. Caracterização da fobia social

Para levar a cabo uma caracterização da fobia social na adolescência, mais especificamente, da fobia social generalizada (FSG) e da fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE), recolhemos três grupos de adolescentes: um grupo que apresentasse medos sociais generalizados, distribuídos por situações sociais de interacção e de desempenho (subtipo generalizado), um grupo que apenas apresentasse medos de desempenho em situações de avaliação escolar formal (subtipo específico) e um grupo que não apresentasse qualquer tipo de psicopatologia (N).

Na distinção entre os subtipos, utilizámos um critério qualitativo, considerando que os adolescentes apresentavam uma fobia social generalizada se as situações receadas abrangessem áreas de interacção social e áreas de desempenho, e que os adolescentes que manifestavam apenas medo de situações relacionadas com o desempenho escolar apresentavam uma fobia social específica (a situações de desempenho escolar). Esta distinção não coincide exactamente com

a efectuada por Turner e colaboradores (Turner, Beidel, & Townsley, 1992), uma vez que estes investigadores consideravam qualquer situação de desempenho (e.g., comer e beber em público), como fazendo parte do subtipo específico. Como o nosso objectivo era, especificamente, estudar os adolescentes com medos clinicamente significativos relativamente a situações de desempenho escolar, não utilizámos o critério destes autores, decidindo-nos antes pela divisão referida. Por outro lado, esta divisão também não assenta claramente num critério quantitativo. Não nos interessava tanto o número de medos, mas o tratar-se de medos de situações de desempenho escolar, independentemente do número. Coerentes com isso, não quisemos ter um subtipo específico, em que o adolescente poderia ter apenas medo de uma situação de desempenho escolar (e.g., apenas um medo intenso associado à situação de fazer testes ou de apresentar trabalhos), para não corrermos o risco de as diferenças eventualmente encontradas se deverem à apresentação de um único medo, como acontece no caso do medo de falar em público, em vários estudos. Podemos então dizer que o nosso critério, orientado pelas razões anteriormente referidas, é um critério misto. O subtipo de fobia específica a situações de desempenho escolar ficou definido como “mais do que um medo significativo, em situações de desempenho escolar”. No entanto, e como verificaremos mais adiante, a divisão que efectuámos traduziu-se efectivamente num número de medos menor, comparativamente à fobia social generalizada, o que aliás já acontecia com os estudos que utilizavam um critério qualitativo.

Não pretendemos, com o nosso critério, criar um novo subtipo ou acrescentar mais informação à informação já discrepante referente a este assunto. Quisemos, tão-somente, estudar as características dos adolescentes cujo tipo de medos sociais se restringia ao contexto escolar formal e compará-los com os adolescentes que temem uma ampla variedade de situações, não só de desempenho, mas também de interacção social.

Em seguida, discutimos os dados resultantes do estudo das diferenças entre os tipos de fobia social, bem como as suas implicações para a investigação e para a prática clínica.

Embora nenhum dos estudos publicados, relativamente à questão dos subtipos, tenha utilizado um critério de operacionalização semelhante ao nosso, discutimos também semelhanças ou diferenças entre os nossos dados e os dados dos estudos disponíveis e aplicáveis, considerando que, em alguns deles, o subtipo específico se referia a falar em público (situação semelhante a apresentar um trabalho) ou incluía, maioritariamente, ansiedade nos testes. Considerámos nesta comparação, por outro lado, o facto de quase todos os estudos acabarem por traduzir os subtipos, mesmo qualitativos, num número maior ou menor de medos sociais.

Variáveis clínicas

Relativamente à comparação dos dois grupos clínicos – adolescentes com fobia social generalizada (FSG) e adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar (FSESDE) - nas variáveis clínicas, verificámos que, embora os dois grupos não se distinguíssem na interferência classificada pelo adolescente e na gravidade classificada pelo clínico, se distinguiam significativamente na variável de interferência global que construímos a partir da Escala de Incapacitação de Sheehan, somando os valores das suas três subescalas e ob-

tendo a sua média. Nesta variável, os adolescentes com FSG apresentaram valores de incapacitação significativamente superiores aos dos adolescentes com FSESDE. Este dado é coincidente com outros estudos que encontraram maiores níveis de interferência no subgrupo generalizado (ainda que os subtipos tenham sido definidos de uma forma diferente da nossa) (Kessler, Stein, & Berglund, 1998; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999). O mesmo resultado parece-nos, também, consistente com os resultados de Vriends e colaboradores (Vriends, Becker, Meyer, Michael, & Margraf, 2007) e de Cunha (2005), que encontraram uma maior interferência, consoante um maior número de medos. Estes resultados mostraram ainda que, embora se tenha verificado, nos dois grupos de adolescentes, um valor semelhante de interferência e gravidade em cada área afectada pelas dificuldades sociais, os adolescentes com FSG apresentam uma maior interferência global na sua vida quotidiana, uma vez que o número de contextos afectados pelas suas dificuldades é maior. A comparação dos dois grupos na Escala de Incapacitação de Sheehan, que apresentámos nas variáveis relacionadas com a ansiedade social, confirma esta conclusão. Estes dois dados chamam a atenção para que, em estudos futuros, se tenha em consideração a interferência, como medida global avaliada nos vários contextos de vida, e não apenas como medida da interferência das dificuldades num determinado contexto, o que conduz à perda da perspectiva, relativamente ao enorme grau de interferência manifestado na fobia social generalizada.

Ainda dentro das variáveis clínicas, e no que diz respeito à **duração** da fobia social, verificámos que os adolescentes com FSG apresentavam durações superiores à fobia social dos adolescentes com FSESDE. De facto, 41.7% dos primeiros afirmava que as suas dificuldades sociais tinham estado presentes desde sempre, o que não se verificou em nenhum adolescente com FSESDE. Nestes, a duração mais comum foi de 1 a 2 anos, o que coincide, provavelmente, com a entrada no ensino secundário, uma vez que a nossa amostra apenas incluía adolescentes entre os 10º e 12º anos. Esta constatação é coerente com a pressão social, cultural, familiar e académica que, a partir dessa altura, é colocada na generalidade dos adolescentes, pressão essa que enfatiza a importância do desempenho escolar e das notas para a entrada na faculdade e para a consequente prossecução de uma carreira profissional. Este resultado pode ser indicador da necessidade de uma intervenção nesta fase, que possa funcionar como prevenção do desenvolvimento de uma fobia social específica a situações formais de avaliação.

Com base no que esta medida nos suscitou, fomos averiguar a idade de início da fobia social, retirando à idade de cada adolescente o tempo de duração da fobia social e continuando a não incluir nos cálculos os adolescentes que afirmaram ter uma fobia social desde sempre. Concluímos que a fobia social diagnosticada, quando não apresentou um início muito precoce, se iniciou entre os 12 e os 13 anos, ou seja, final da infância e início da adolescência, como muitos autores sugerem (e.g., Velting & Albano, 2001).

A constatação de uma maior duração da fobia social generalizada, em adolescentes com praticamente a mesma idade, conduz também à conclusão de que o subtipo generalizado tem um início mais precoce, comparativamente ao início da fobia social específica a situações de

desempenho escolar. Este resultado coincide com o encontrado em estudos com adolescentes e com adultos (Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Mannuzza *et al.*, 1995; Wittchen *et al.*, 1999), e com os relatos de indivíduos adultos com fobia social que referem ter tido sempre dificuldades sociais (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992). Por outro lado, sabemos que um início mais precoce está associado a um curso mais persistente e mais grave da fobia social (Kessler, 2003), mais uma vez destacando a fobia social generalizada, como alvo preferencial de uma identificação e intervenção precoce, a fim de prevenir um curso agravado.

Relativamente à **comorbilidade**, mais uma vez os dois grupos se distinguiram entre si, com o subtipo generalizado a demonstrar maiores comorbilidades do que o subtipo específico a situações de desempenho escolar. Consistente com outros estudos (Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Hofmann & Roth, 1996; Holt *et al.*, 1992; Kessler *et al.*, 1998; Vriends *et al.*, 2007), nomeadamente na população adolescente (Wittchen *et al.*, 1999), os adolescentes com FSG apresentaram um maior número de diagnósticos comórbidos. Ainda na população adolescente, este dado é, porém, discrepante do estudo de Hofmann e colaboradores (1999), que não encontrou diferenças entre os subtipos ao nível da comorbilidade, e do estudo de Marmorstein (2006) que encontrou maiores valores de comorbilidade nos adolescentes do subtipo não generalizado.

Especificando um pouco mais as comorbilidades encontradas no nosso estudo, constatamos que, enquanto que a maioria (66.7%) dos adolescentes com FSESDE não apresentava qualquer diagnóstico comórbido, a maioria dos adolescentes com FSG (70.8%) apresentava um, dois ou três outros diagnósticos. Estes valores de comorbilidade dos adolescentes com FSG do nosso estudo estão entre os mais elevados, comparativamente a outros estudos apresentados (e.g., Velting & Albano, 2001).

Quanto ao tipo de diagnóstico comórbido, uma vez que fobias sociais comórbidas com perturbações depressivas e perturbações de défice de atenção com hiperactividade foram excluídas, apenas encontramos na nossa amostra comorbilidade com perturbações de ansiedade. Dentro destas, o tipo de diagnóstico mais frequente para os dois subgrupos foi o de fobia específica (54.2% no grupo de FSG e 33.3% no grupo de FSESDE), com adolescentes dos dois grupos a apresentarem uma, duas ou, no caso de adolescentes com fobia social generalizada, três. Estes dados são muito semelhantes aos de Wittchen e colaboradores (1999), que encontraram 38.9% de comorbilidade das fobias específicas com o subtipo específico e 55% com o subtipo generalizado. Pelo tipo de diagnóstico comórbido mais comum, os nossos resultados são ainda consistentes com os de Cunha (2005), que também constatou que a maior comorbilidade da fobia social na sua amostra se verificava com as fobias específicas, embora com percentagens muito inferiores às nossas (17.1%), talvez por se tratar de uma amostra da comunidade. Outros estudos encontraram dados diferentes dos nossos, em termos de distribuição de diagnósticos comórbidos de perturbações de ansiedade, em que a perturbação de ansiedade generalizada foi o diagnóstico mais encontrado (Beidel *et al.*, 2007; Rao *et al.*, 2007).

Relações interpessoais

Relativamente à comparação dos três grupos nas variáveis de relações interpessoais, constatámos que o grupo de adolescentes com FSG se distinguiu dos outros dois por considerar ter, em média, menos amigos e por ter dificuldade em fazer amigos. Este subtipo distinguia-se também do grupo de FSESDE, por ter menos melhores amigos. Estes dados são coerentes com os estudos que constataam que a fobia social interfere com a capacidade de estabelecer amizades (Ballenger et al., 1998; Inderbitzen, Walters, & Bukowski, 1997; Vernberg, Abwender, Ewell, & Beery, 1992) e que os adolescentes com fobia social têm menos amigos (Beidel et al., 2007). Por outro lado, os adolescentes com FSG não se distinguiram dos adolescentes com FSESDE ou do grupo normal (N), relativamente: (1) ao tempo de duração da amizade com os melhores amigos (embora os adolescentes com FSG apresentem uma tendência para ter uma duração menor); (2) a não terem dificuldades a manter os amigos que têm; (3) a quererem ter mais amigos; (4) a estarem envolvidos em actividades extracurriculares em grupo; (5) a preferirem passar a maior parte do tempo com os pares. Assim, os nossos dados demonstram que, apesar das manifestas dificuldades sociais que apresentam, os adolescentes com FSG têm uma vontade manifesta de fazer mais amigos e de passar a maior parte do tempo com os seus pares. Um dado positivo refere-se ao facto de os grupos não se distinguirem, relativamente a não apresentarem dificuldades em manter os amigos, o que significa que embora tenham menos amigos e dificuldades em fazer novos amigos, os adolescentes com FSG são ainda capazes de manter os poucos amigos que têm.

Ainda que os grupos não tenham apresentado diferenças significativas no envolvimento em actividades extracurriculares em grupo, o subtipo de FSG foi o que apresentou uma maior percentagem de adolescentes que não estavam ligados a nenhuma actividade extracurricular deste tipo (66.7%). Este valor é mais elevado do que os valores constatados por outros. Beidel e colaboradores (1999) encontraram 50% e Beidel e colaboradores (2007) 31.7%. Todavia, os estudos de Beidel e colaboradores não dividiram os subtipos, como foi efectuado no nosso estudo. Por esta razão, e supondo que o subtipo específico poderia também apresentar percentagens superiores de adolescentes envolvidos neste tipo de actividades, consideramos que os valores mais baixos nos estudos de Beidel podem ser devidos ao facto de as amostras incluírem indivíduos dos subtipos específico e generalizado.

Um dado curioso diz respeito ao grupo de adolescentes com FSESDE. Dos 18 adolescentes pertencentes a este subtipo, nenhum referiu ter menos amigos do que os seus pares, sendo que 33.3% afirmou ter mais (o que só aconteceu com 11.1% dos adolescentes sem qualquer psicopatologia). Mais ainda, a grande maioria destes adolescentes afirma não querer ter mais amigos, talvez relacionado com o dado anterior de que se percebem como tendo mais amigos do que outros colegas. Estes dados nunca foram relatados em qualquer estudo e são de difícil interpretação, restando-nos apenas a hipótese de que se devem a características específicas da nossa amostra ou a particularidades do processo de amostragem.

Variáveis relacionadas com ansiedade social

Comparando os três grupos nas variáveis relacionadas com ansiedade social referentes a questionários de auto-resposta, é possível retirar diversas conclusões.

Sendo a ansiedade aos testes altamente prevalente em crianças e adolescentes (Beidel & Turner, 1988; McDonald, 2001), quisemos estudar em que medida os três grupos da nossa amostra se distinguiam em variáveis que dissessem respeito a este aspecto. Assim, nas variáveis referentes à **ansiedade aos testes**, medida pelo Inventário de Ansiedade aos Testes (TAI; Spielberger *et al.*, 1980) e pelo Reacção aos Testes (RT; Sarason, 1984), os adolescentes com FSG e os adolescentes que apenas manifestavam ansiedade no contexto de desempenho escolar não se distinguiram entre si, tendo-se ambos distinguido significativamente do grupo de controlo normal, ao apresentarem sempre valores mais elevados, nos factores e nos totais das escalas. Apenas uma excepção é encontrada. No factor Pensamentos Irrelevantes do RT, os adolescentes do subtipo específico pontuaram significativamente mais alto do que os adolescentes do subtipo generalizado que, nesta medida, não se diferenciaram do grupo normal. Este dado parece-nos de acordo com o modelo de interferência cognitiva (Sarason, 1988; Sarason, Pierce, & Sarason, 1996; Vasey & Daleiden, 1996; Wine, 1971), que refere que crianças e adolescentes com elevada ansiedade de desempenho dividem a sua atenção entre as exigências da tarefa e outras actividades cognitivas irrelevantes para a tarefa (e.g. auto-avaliações negativas, pensamentos relacionados com as consequências de um fracasso, comparações com os outros, atenção à activação fisiológica), o que as impediria de aceder à informação retida e comprometeria o seu desempenho. O interessante é que, embora os adolescentes com FSESDE tenham tido sempre pontuações mais elevadas do que os adolescentes com FSG em todos os factores e totais dos dois testes, as diferenças apenas atingiram significância estatística neste factor. Ou seja, os dois grupos clínicos não se distinguem nos factores que se referem a pensamentos relacionados com as consequências de um fracasso ou com o seu estado emocional (factor Preocupação do TAI e factores Preocupação e Tensão do RT), nem nos factores relacionados com as reacções fisiológicas experienciadas (factor Emocionalidade do TAI e factor Sintomas Somáticos do RT), distinguindo-se apenas no único factor que, verdadeiramente, não tem qualquer relação com a situação de teste – Pensamentos Irrelevantes do RT (e.g., item 25: “durante o teste dou por mim distraído a pensar em acontecimentos que se estão a aproximar”). Talvez a pontuação anormalmente elevada neste factor seja uma característica típica dos adolescentes que manifestam ansiedade elevada apenas em situações formais de avaliação escolar, ainda que outros adolescentes, com medos mais generalizados, também a manifestem.

Verificámos, também, que os três grupos se distinguiam na percentagem de adolescentes que ultrapassava o limite superior do intervalo normativo. A maioria dos adolescentes dos dois grupos clínicos ultrapassou este limite, o que aconteceu apenas com um adolescente do grupo normal. A partir destes resultados, confrontamo-nos com a necessidade de, na prática clínica, fazer face às enormes dificuldades manifestadas por adolescentes com fobia social generalizada em situações de desempenho escolar, não deixando que estas fiquem num lugar algo secundário, relativamente à grande variabilidade de dificuldades de interacção.

Atendendo aos diferentes tipos de medos que, em princípio, caracterizariam os dois subtipos de fobia social, fomos investigar como se distinguiam os grupos em estudo em variáveis de ansiedade social mais gerais do que as medidas de ansiedade aos testes.

Na medida de **Medos Sociais**, construída a partir da ADIS-C e que contabiliza o número de medos da secção de fobia social classificados com pontuações iguais ou superiores a 4, verificámos que todos os grupos se distinguiram entre si. Os adolescentes com FSG reportaram um maior número de medos sociais significativos, seguidos dos adolescentes com FSESDE e dos adolescentes sem psicopatologia. Como dissemos atrás, a diferença no número de medos pode ser responsável por outras diferenças encontradas, nomeadamente, as relativas à interferência e à comorbilidade.

Na Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (**SAS-A**; La Greca & Lopez, 1998) e na Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (**EAESSA**; Cunha *et al.*, 2004), os adolescentes com FSG pontuaram sempre de uma forma mais elevada. Nestas pontuações mais elevadas, e excluindo duas excepções que referimos adiante, os adolescentes com FSG distinguiram-se sempre significativamente dos adolescentes com FSESDE e do grupo N, resultados consistentes com inúmeros estudos que também encontram valores de ansiedade e evitamento mais elevados para a fobia social generalizada (Bogels & Reith, 1999; Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Gelernter, Stein, Tancer, & Uhde, 1992; Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Hofmann & Roth, 1996; Holt *et al.*, 1992; Stein & Chavira, 1998; Turner *et al.*, 1992).

Relativamente às excepções, uma delas verificou-se no factor Medo de Avaliação Negativa, em que os três grupos se distinguiram significativamente. Este resultado evidencia o núcleo da fobia social – medo de ser avaliado negativamente pelos outros – nos dois subtipos, confirmando uma diferença fundamental com o grupo N. Salienta-se, ainda, o facto de este aspecto ser mais evidente no subtipo generalizado.

A outra excepção encontrou-se no factor Desempenho em Situações Formais da subescala de Ansiedade da EAESSA, em que os dois grupos clínicos não apresentaram diferenças significativas entre si, diferenciando-se ambos do grupo N. Este dado condiz com os dados anteriores, resultantes dos questionários de ansiedade a testes, em que os dois grupos também não se distinguiam significativamente, confirmando que, embora não especificamente preocupados com esta área, os adolescentes com FSG apresentam valores muito elevados de ansiedade, em situações de avaliação formal.

Por outro lado, os adolescentes com FSESDE não se distinguiram dos adolescentes sem qualquer patologia nos valores destas escalas, confirmando a sua reduzida ansiedade na maioria das situações sociais. No entanto, também aqui se verificaram excepções no que diz respeito aos factores que avaliavam ansiedade e evitamento em situações de desempenho formal. Assim, verificámos que os adolescentes com FSESDE experienciavam níveis de Ansiedade semelhantes aos dos adolescentes com FSG em Situações de Desempenho Formal, distinguindo-se, aqui, do grupo N. Esta distinção entre o subtipo específico e o grupo normal verifi-

cou-se também no factor Desempenho em Situações Formais, da subescala de Evitamento da EAESSA, tendo os adolescentes com FSESDE apresentado valores mais elevados de evitamento nestas situações. Porém, neste mesmo factor e subescala, os dois grupos clínicos distinguiram-se significativamente, com o subtipo generalizado a apresentar os valores mais elevados. Por outras palavras, ainda que os adolescentes dos dois grupos clínicos não se tivessem distinguido nos valores de Ansiedade, quando se encontram em situações formais de desempenho, os adolescentes com FSG evitavam mais frequentemente estas situações do que os adolescentes com FSESDE. Este maior evitamento pode querer indicar o carácter mais grave e interferente da fobia social generalizada.

Ao averiguarmos as percentagens de adolescentes que ultrapassavam os pontos de corte das duas escalas, encontrámos o mesmo padrão: a maioria dos adolescentes com FSG ultrapassava este ponto de corte, o que não se verificava com a maioria dos adolescentes dos dois outros grupos, confirmando as conclusões já retiradas da comparação das pontuações das duas escalas.

Para terminar as considerações relativas à SAS-A e à EAESSA neste estudo, referimos, ainda, que, à semelhança do estudo de Gacia-López e colaboradores (2001) utilizando a versão espanhola da SAS-A, esta escala distinguiu na nossa amostra adolescentes com fobia social generalizada de adolescentes com fobia social específica e de controlos normais. Para além disso, a EAESSA revelou-se, também, eficaz na distinção destes três grupos, excluindo as variáveis referentes à avaliação em situações formais, o que seria expectável, uma vez que a característica discriminativa do subtipo específico era, exactamente, as dificuldades de ansiedade e evitamento em situações de desempenho escolar (avaliação formal). Cunha (2005) tinha já verificado que, tanto a versão portuguesa da SAS-A como a EAESSA distinguiam significativamente adolescentes com fobia social de controlos normais.

Na Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA; Salvador, Pinto-Gouveia *et al.*, em preparação), embora se tenha verificado uma tendência para o grupo de FSG apresentar valores superiores, essa diferença só se revelou estatisticamente significativa entre os dois grupos clínicos (que não se distinguiram entre si) e o grupo normal. Uma vez que não possuímos valores normativos para esta escala, torna-se difícil compreender melhor o significado destes resultados. No entanto, numa análise qualitativa, o facto de os dois grupos clínicos se distinguirem do grupo normal revela que, em situações sociais, os adolescentes com fobia social, independentemente do tipo, são caracterizados por uma maior frequência de pensamentos automáticos, do que adolescentes sem esta perturbação. Este dado confirma que, efectivamente, o componente cognitivo está bastante presente em adolescentes com fobia social, ao contrário dos dados de outros autores (Alfano, Beidel, & Turner, 2006), o que significa não poder deixar de ser abordado numa intervenção terapêutica.

Sendo que os adolescentes com FSG apresentam um maior número de medos sociais, poderíamos ser levados a pensar que apresentariam também uma maior frequência de pensamentos automáticos. Não foi isso que se verificou, o que pode ser explicado pelo tipo de instruções do questionário e pelo tipo de cognições que constituem os seus itens. Nas instruções, é solicitado que o adolescente avalie a frequência com que os pensamentos lhe ocorrem nas situações

que anteriormente referiu na EAESSA. Assim, mesmo que na EAESSA a diferença entre o número de situações assinaladas com ansiedade e evitamento significativos seja significativa entre os dois grupos, a frequência de ocorrência de pensamentos negativos nas situações específicas temidas por cada grupo pode não ser. Por outro lado, a maior parte dos pensamentos da EPASSA são aplicáveis, tanto a situações de interação social como a situações de desempenho (e.g., “não vou dizer nada de jeito”, “vou bloquear”, “já estou nervoso”), o que pode também explicar a não existência de diferenças entre os dois grupos clínicos neste aspecto.

Na Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA; Salvador, Cunha *et al.*, em preparação), os adolescentes com FSG distinguiram-se significativamente dos adolescentes dos outros dois grupos, ao apresentarem valores significativamente mais elevados. Este dado parece contrastar com o anterior; de acordo com o modelo de Clark e Wells, seria natural que, na sequência dos pensamentos automáticos que ocorrem na situação, os adolescentes levassem a cabo comportamentos de segurança em conformidade com eles e que, também aqui, os dois grupos clínicos não se distinguissem. Todavia, se verificarmos o tipo de comportamentos de segurança incluídos na escala, compreendemos porque não é assim. Efectivamente, a ECSSSA inclui apenas comportamentos de segurança que podem ser aplicáveis a situações de interação ou de desempenho perante uma audiência (e.g., item 3 – “Falas pouco, reduzindo ao mínimo o que tens para dizer”), não incluindo comportamentos de segurança para situações de teste (e.g., demorar demasiado tempo numa pergunta e não passar à frente), uma das situações mais temidas pelos adolescentes com fobia social específica a situações de desempenho escolar. É provável que esta característica da escala explique o resultado encontrado.

A elevada frequência de utilização de comportamentos de segurança pelos adolescentes com FSG, tal como os resultados do estudo de Hodson e colaboradores (2008), comprova a presença de um dos factores preconizados por Clark e Wells em adolescentes com fobia social generalizada.

Finalmente, na Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS; Sheehan, 1983), e na sequência dos dados anteriores, os resultados eram previsíveis. Tanto os adolescentes com FSG como os adolescentes com FSESDE se diferenciaram do grupo N, ao apresentarem valores de interferência na área escolar significativamente mais elevados. Quanto às áreas social e afectiva, verificámos que os adolescentes com FSG apresentavam valores significativamente mais elevados comparativamente aos adolescentes com FSESDE e ao grupo N (que não se distinguiram entre si). Como já referimos anteriormente, quando falámos da interferência, estes dados apontam para a interferência global e significativa que a fobia social generalizada implica. Os dados resultantes da comparação dos grupos na percentagem de adolescentes que ultrapassava o ponto de corte 5 corroboraram estas inferências. Com efeito, enquanto que todos (no caso dos adolescentes com FSESDE) ou quase todos (no caso dos adolescentes com FSG) os adolescentes dos dois grupos clínicos se encontravam acima do ponto de corte na área escolar, o que aconteceu apenas com um adolescente do grupo N, no caso das áreas social e afectiva, a to-

talidade ou uma grande maioria de adolescentes com FSG apresenta valores de incapacitação iguais ou superiores ao ponto de corte, quando a totalidade ou a quase totalidade dos adolescentes dos dois outros grupos apresentou o padrão contrário. Estas diferenças traduziram-se, depois, em diferenças significativas no valor médio de incapacitação, com a maioria dos adolescentes com FSG a apresentar níveis de incapacitação iguais ou superiores ao ponto de corte e uma minoria ou nenhum dos outros adolescentes a reportar o mesmo.

Comparámos ainda os valores desta escala, obtidos pelos nossos adolescentes, e os valores na mesma escala reportados por adultos também com fobia social generalizada ou com fobia social específica (a maioria da amostra deste subtipo era constituída por estudantes universitários com elevada ansiedade aos exames) (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003). Esta comparação revelou que os valores de incapacitação são mais elevados nos adultos do que nos adolescentes, especialmente na área escolar, o que pode querer significar que estas dificuldades tendem a persistir e a agravar-se, principalmente na área dos estudos. Este dado é também confirmado pela nossa prática clínica. Mais especificamente, é extremamente frequente que estudantes universitários com ansiedade aos exames apresentem uma interferência na área escolar muito superior à encontrada em estudantes do ensino básico e secundário. No nosso entender, este aspecto relaciona-se com o facto de, no ensino universitário, o evitamento das situações de avaliação temidas ser muito mais elevado e frequente do que nos graus de ensino inferiores. Por exemplo, não é comum um aluno do 12º ano faltar a um teste por estar nervoso e antecipar o fracasso, mas é extremamente comum um aluno universitário nas mesmas condições fazê-lo. Esta hipótese implica que a incapacitação na fobia social está mais dependente do padrão de evitamentos do que da ansiedade experienciada.

Variáveis de ansiedade e depressão

Na comparação dos dois subtipos nos valores de **ansiedade geral** (avaliada pela RMAS; Reynolds & Richmond, 1978), verificámos que, embora os dois grupos clínicos, não se distinguindo entre si, apresentassem valores significativamente mais elevados do que o grupo normal, nenhum dos adolescentes desse grupos clínicos ultrapassava os valores do intervalo normal para a escala. Hofmann e colaboradores (1999) haviam encontrado uma tendência do subtipo generalizado para apresentar valores de RMAS mais elevados, não tendo, no entanto atingido significado estatístico. Essa tendência não foi encontrada no nosso estudo, em que os valores de ansiedade dos adolescentes dos dois grupos clínicos foram muito semelhantes.

Já na comparação dos resultados de **sintomatologia depressiva** (avaliada pelo CDI; Kovacs, 1985), a análise foi um pouco mais complexa. Ao compararmos as médias dos três grupos, verificámos que os dois grupos clínicos não se distinguiam nos valores do CDI, apresentando ambos valores significativamente mais elevados do que o grupo normal. Um outro estudo tinha encontrado resultados semelhantes (Hofmann *et al.*, 1999). Quando levámos a análise um pouco mais longe e calculámos a percentagem de adolescentes dos três grupos que se encontravam acima do ponto de corte 12 (um dos valores de corte sugeridos por diversos autores), encontramos o mesmo padrão. Mas quando analisámos os grupos considerando o ponto de cor-

te de 19 (outro ponto de corte sugerido), um novo padrão emergiu: um quinto dos adolescentes com FSG estava acima deste ponto de corte, enquanto que isso não acontecia com nenhum adolescente dos outros dois grupos. Este dado indica que, alguns dos adolescentes com fobia social apresentam valores clinicamente significativos de sintomatologia depressiva (ainda que não preencham critérios para um diagnóstico de episódio depressivo maior), que pode estar relacionada com um curso mais persistente e uma maior gravidade e interferência da fobia social. Por outro lado, é necessário que a investigação nesta área, mais do que utilizar um critério estatístico e descritivo, utilize um critério clínico bem definido para retirar conclusões, especificando o critério utilizado para permitir futuras comparações.

Variáveis temperamentais, familiares e sociais

A inibição comportamental tem sido sistematicamente apontada como uma variável etiológica importante para o desenvolvimento da fobia social (e.g. Biederman *et al.*, 2001; Dalrymple *et al.*, 2007; Van Ameringen *et al.*, 1998).

Ao efectuarmos a comparação dos três grupos nas **variáveis de temperamento** (avaliadas pelo RSRI; Reznick *et al.*, 1992), encontrámos pontuações significativamente mais elevadas no grupo de adolescentes com FSG, no factor Escola/Situações Sociais e Total, comparativamente aos dois outros grupos em estudo. Estes dados são semelhantes aos de Wittchen e colaboradores (1999) e de Schwartz e colaboradores (1999), que também encontraram valores mais elevados de inibição comportamental no subtipo generalizado de fobia social (embora não façam referência aos factores). Neal e colaboradores (2002) verificaram que apenas o factor Escola/Situações Sociais estava associado a pontuações elevadas nos questionários de fobia social (SPAI), o que não acontecia para o factor Medos/Doenças (medos não sociais). Outros autores (Hayward, Killen, Kraemer, & Taylor, 1998; Morgado, 2008; Van Ameringen, Mancini, & Oakman, 1998) haviam também verificado que a relação entre a ansiedade social e os factores do RSRI era menos robusta para o factor de medos não sociais, mostrando que a dimensão de medos sociais poderá revelar um maior poder discriminativo. Tendo em conta que os adolescentes com FSESDE não apresentaram pontuações significativamente diferentes das de controlos normais nos questionários de fobia social semelhantes ao SPAI (SAS-A; EAESSA), podemos concluir que os nossos dados, relativamente à inibição comportamental, são consonantes com os dados de Neal e colaboradores. Este resultado pode também querer indicar que a associação encontrada por diversos estudos entre a fobia social e a inibição comportamental (Biederman *et al.*, 2001; Cunha, 2005; Dalrymple, Herbert, & Gaudiano, 2007; Hayward *et al.*, 1998; Marques, 2008; Mick & Telch, 1998; Morgado, 2008; Van Ameringen *et al.*, 1998) pode ser particularmente significativa no caso da FSG.

No factor Medos/Doenças, apenas o grupo de FSG se distinguiu do grupo N, enquanto que o grupo de FSESDE não se distinguiu de nenhum dos dois outros grupos. Tal como aconteceu neste estudo, Cunha (2005) encontrou diferenças significativas em ambos os factores e no total do RSRI entre adolescentes com fobia social que apresentavam valores elevados nos questionários de ansiedade social (SAS-A e EAESSA) e controlos normais. Ainda neste estudo, os adolescentes com outras perturbações ansiosas, que não fobia social, não se distingui-

ram do grupo de fobia social nem do grupo normal no factor de Medos/Doenças. No nosso estudo, os adolescentes com FSESDE comportaram-se, na medida de inibição comportamental, como os adolescentes com outras perturbações ansiosas do estudo de Cunha (2005), afastando-se do comportamento dos adolescentes com FSG, ao distinguirem-se destes no factor de medos sociais (Escola/Situações Sociais) e não se distinguirem no factor de medos não sociais (Medos/Doenças).

Os resultados de Morgado (2008) são algo diferentes dos resultados do presente estudo, ao revelarem diferenças significativas entre indivíduos com elevada ansiedade em situações de desempenho ou de interacção social e indivíduos com baixa ansiedade nas mesmas situações, em ambos os factores do RSRI.

Vários estudos têm mostrado que estilos parentais baseados na sobreprotecção /controlo, rejeição e falta de suporte emocional e padrões de vinculação insegura desempenham um papel significativo nas atitudes de crianças e adolescentes face a situações sociais (Arrindell, Emmelkamp, Monsma, & Brilman, 1983; Bruch & Heimberg, 1994; Rapee & Melville, 1997).

Nas **variáveis familiares** (avaliadas pelo PTI - Scher *et al.*, 2002; EMBU - Perris *et al.*, 1980; e IPPA - Armsden & Greenberg, 1987b), e contrariamente ao encontrado por diversos estudos, os três grupos da nossa investigação não se distinguiram significativamente entre si. Por exemplo, no que respeita aos estilos parentais, um estudo encontrou diferenças entre o subtipo generalizado e o subtipo específico de fobia social, em variáveis relacionadas com o controlo parental (Bruch & Heimberg, 1994). Para além disso, vários estudos encontraram uma relação entre a fobia social (ou ansiedade social elevada) e práticas parentais caracterizadas por sobreprotecção, controlo, rejeição e crítica (Arrindell *et al.*, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Cunha, 2005; Greco & Morris, 2002; Hudson & Rapee, 2000, 2001; Hummel & Gross, 2001; Lieb *et al.*, 2000; Marques, 2008; Parker, 1979; Rapee & Melville, 1997). Citamos, mais especificamente, dois estudos, por se tratar de estudos efectuados na população portuguesa, com amostra de adolescentes e utilizando o EMBU. Por um lado, Cunha (2005) verificou que os adolescentes com fobia social se distinguiam significativamente dos adolescentes do grupo normal, por apresentarem valores mais elevados de rejeição por parte da mãe. Por outro, Marques (2008), também em adolescentes com fobia social, encontrou baixo suporte emocional e elevada rejeição. Os resultados de Morgado (2008), tal como os nossos, não apontam para grandes diferenças entre indivíduos com ansiedade social elevada e baixa, tendo apenas encontrado que mulheres com ansiedade social moderada tendiam a perceber o pai como mais rejeitante.

No que se relaciona com a **vinculação com os pais**, os nossos resultados convergem com os de Cunha (2005) e de Marques (2008). À semelhança do que se verificou na nossa investigação, estes autores também não encontraram diferenças significativas entre adolescentes com fobia social e controlos normais nas medidas de vinculação com o pai ou com a mãe.

Já no que diz respeito à **vinculação com os amigos**, verificámos que os adolescentes com FSG percebem as suas relações com os amigos como mais insegura, comparativamente aos

adolescentes com FSESDE e aos controlos normais, que não apresentam diferenças significativas entre si. Mais uma vez, Cunha (2005) e Marques (2008) encontraram resultados semelhantes. Estes resultados podem traduzir a desconfiança que estes adolescentes sentem na relação com os pares, o que pode, por sua vez, estar relacionado com o resultado encontrado anteriormente, relativo à menor quantidade de amigos, reportada pela maioria dos adolescentes do subtipo generalizado, e ajudar à compreensão do isolamento que caracteriza este subtipo de fobia social (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Beidel *et al.*, 2007; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999). Se considerarmos que os adolescentes com FSG não se distinguiram nas variáveis de vinculação com o pai ou com a mãe, bem como os estudos que estabelecem relações entre a vinculação com os pais e as relações com os amigos, concluímos que existe uma incoerência entre estes resultados. Por outras palavras, esperaríamos que os valores de vinculação com os pais e com os amigos fossem significativamente mais reduzidos do que os mesmos valores, pelo menos, do grupo N.

Relativamente a este conjunto de variáveis familiares, as discrepâncias dos nossos resultados, nos aspectos mencionados, pode dever-se a vários factores: por um lado, o reduzido tamanho da amostra poderá ser um factor a considerar; por outro, pode apenas ser uma característica específica da nossa amostra, resultado, por exemplo, dos locais de recolha da amostra (maioritariamente instituições de ensino semi-particular); por outro lado, ainda, pode acontecer que os adolescentes com fobia social idealizem as relações com os pais, não escolhendo valores extremos dos questionários que descrevem estilos parentais conotados como mais negativos.

De acordo com o modelo evolucionário, o conceito de **comparação social** poderá também contribuir para a compreensão do desenvolvimento e manutenção da fobia social.

Os dados do nosso estudo permitem sugerir que a comparação social (avaliada pela SCS; Allan & Gilbert, 1995) poderá ter uma influência relevante na fobia social generalizada. De facto, os adolescentes com FSG distinguiram-se significativamente dos adolescentes com FSESDE e dos adolescentes sem psicopatologia (que não se distinguiram entre si), ao apresentarem valores de comparação social mais baixos, quer nos factores de hierarquia e de ajustamento, quer no valor total da SCS. Estes dados estão em consonância com os indicados por outros autores (Gato, 2003; Gilbert & Allan, 1994; Gilbert & Trower, 2001; Trower & Gilbert, 1989) e confirmam a comparação negativa característica que os indivíduos com fobia social efectuam relativamente aos outros, indo ao encontro da visão do Eu como inferior, postulada por diversos modelos (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Clark & Wells, 1995; Trower & Gilbert, 1989).

3. Estudo 2. Eficácia do tratamento

Este estudo foi a primeira tentativa de construir e avaliar um protocolo terapêutico para adolescentes com fobia social generalizada, utilizando como base o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) e incluindo outros conceitos e estratégias amplamente divulgados na psicoterapia com adultos, mas pouco utilizados na psicoterapia com crianças e adolescentes.

Tendo como objectivo estudar os resultados de eficácia do novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada “Ser Eu Próprio entre os Outros”, estabelecemos várias etapas. Realizámos um estudo para comparação do grupo de Lista de Espera, em dois momentos no tempo (distanto 6.7 meses), um estudo para verificar a existência de diferenças significativas entre o pré e o pós-tratamento do grupo que foi alvo de intervenção, um estudo longitudinal com adolescentes avaliados em quatro momentos no tempo e um estudo *follow-up* de 3 meses. Discutiremos estes resultados, recorrendo à literatura na área, tanto em termos teóricos como em termos dos resultados dos estudos realizados com protocolos de tratamento semelhantes ao nosso e descritos no capítulo 3 (para uma consulta rápida, consulte-se o quadro 3.2). No final destes estudos, averiguámos, também, a existência de algumas variáveis moderadoras e a avaliação subjectiva do programa de tratamento.

Diferenças no grupo de lista de espera: 2 tempos de avaliação

A amostra que utilizámos neste estudo consistiu em 18 adolescentes com fobia social generalizada, avaliados em dois tempos distintos e na ausência de qualquer intervenção psicológica ou farmacológica. Tratou-se de uma amostra com elevados valores médios de interferência (6.5) e de gravidade do diagnóstico (6.83), bem como com uma elevada taxa de comorbilidade (72.2%). Estes valores de interferência ou gravidade foram os mais elevados de todos os estudos de eficácia realizados nesta área (cf., Quadro 3.2., Capítulo 3). Na comparação do grupo de adolescentes recolhido na clínica com o recolhido na escola, não se verificaram quaisquer diferenças significativas, excepto na subescala da SDS referente à incapacitação na área escolar, em que os adolescentes recolhidos na escola pontuaram significativamente mais alto.

Relativamente ao grupo de Lista de Espera, e à sua avaliação ao longo do tempo, não esperávamos que se verificassem quaisquer diferenças significativas nas variáveis em estudo.

Esta hipótese foi confirmada na maioria das variáveis em estudo. Do primeiro para o segundo momento de avaliação, não se verificou qualquer remissão da fobia social e não se verificaram alterações significativas na interferência, gravidade, comorbilidade, quantidade de amigos, número de melhores amigos, dificuldade em fazer ou manter amigos, actividades extracurriculares, pontuações das medidas de ansiedade social (TAI, RT, medos sociais, SAS-A, EAESSA, EPASSA, ECSSSA e SDS), valores de sintomatologia ansiosa (RCMAS) e depressiva (CDI) e valores de comparação social (SCS). Nas duas únicas variáveis em que se verificaram diferenças significativas (factor Interação em Situações Novas, da subescala de Ansiedade da EAESSA e factor Interação com o Sexo Oposto, da subescala de Evitamento da EAESSA), verificámos que estas diferenças foram no sentido de um agravamento das dificuldades. A não existência de diferenças significativas nas pontuações dos questionários do grupo de Lista de Espera é relativamente comum aos vários estudos de tratamento. Um dado menos comum diz respeito a não termos verificado qualquer remissão da fobia social no tempo de lista de espera, ainda mais tratando-se de um tempo tão alargado (6.7 meses). Dos estudos efectuados nesta área, apenas um (Gallagher *et al.*, 2004) não encontrou remissões (na avaliação efectuada pelos pais), embora o tempo de lista de espera neste estudo tenha sido de apenas 3 semanas. Em

todos os outros estudos que utilizaram um grupo de lista de espera (Garcia-López *et al.*, 2002; Hayward *et al.*, 2000; Masia-Warner *et al.*, 2005; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000), os intervalos de tempo entre os dois momentos de avaliação foram muito menores que o nosso e com um número de sujeitos muito semelhante ao nosso e, ainda assim, reportaram remissões da fobia social em um ou dois adolescentes. Pensamos que esta diferença pode dever-se ao facto de apenas os adolescentes com valores de interferência na ADIS-C iguais ou superiores a 5 terem sido seleccionados para a nossa amostra, o que se reflectiu no facto de os valores de interferência (avaliada pelo adolescente) e gravidade (avaliada pelo clínico) serem os mais elevados de todos esses estudos. A interferência superior da fobia social na nossa amostra, juntamente com a tendência para a fobia social apresentar um curso crónico, podem ajudar a justificar a ausência de remissões no tempo de lista de espera.

Comparações entre o Pré-Tratamento e o Pós-Tratamento

No que diz respeito ao grupo de tratamento, e comparativamente a outros estudos de eficácia realizados na área (cf. Capítulo 3), os valores de interferência e de gravidade da nossa amostra estão entre os mais elevados (interferência média de 6.47 e gravidade média de 6.7). Apenas Albano e colaboradores (1995) e Masia e colaboradores (2001) apresentaram valores de interferência superiores (6.6 e 6.8, respectivamente). Também no que se refere à comorbilidade, os nossos valores foram dos mais elevados (82.4%), com alguns estudos a relatarem comorbilidades superiores (Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995; Garcia-López *et al.*, 2002; Olivares & Garcia-López, 2001; Olivares, Garcia-López, Beidel, *et al.*, 2002). Porém, no caso de Albano e colaboradores (1995), o número de adolescentes intervenientes no estudo foi muito reduzido (n=5) e a análise das comorbilidades foi ainda efectuada recorrendo ao DSM-III-R, sendo que um adolescente apresentava o diagnóstico comórbido de perturbação de ansiedade excessiva, um diagnóstico que, como discutimos no capítulo 1, apresentava grandes semelhanças com o de fobia social, aumentando as percentagens de comorbilidade. No caso dos outros três estudos referidos, a comorbilidade entre 93 e 100% foi obtida por considerarem a fobia social comórbida com a perturbação de personalidade evitante, um diagnóstico também discutível em termos de diferenças qualitativas da fobia social e que não atribuímos a nenhum dos adolescentes da nossa amostra, não só por ser discutível, como por, segundo os critérios do DSM-IV, este diagnóstico só dever ser atribuído a indivíduos com mais de 18 anos (considerado o início da idade adulta).

Ainda referente à nossa amostra, é importante salientar a reduzida taxa de desistências (*drop-outs*) verificada, ainda mais considerando que todos os elementos dos grupos frequentavam o ensino secundário, a maioria dos quais com um horário lectivo e de explicações carregado e com exames nacionais em Junho e Julho, quando se efectuaram as avaliações pós-tratamento e de *follow-up* de um mês.

Comparações entre o Pré-Tratamento e o Pós-Tratamento: diferenças globais

Para este estudo, havíamos colocado como uma das hipóteses (hipótese B.1.a), reduções significativas na **interferência** das dificuldades.

Esta hipótese foi confirmada, verificando-se uma redução de 6.47 no pré-tratamento, para 2.12 no pós-tratamento. Comparativamente aos estudos de eficácia referentes a outros protocolos de intervenção, apenas Spence, Donovan e Brechman-Toussaint (2000) haviam reportado interferências no pós-tratamento inferiores às nossas, de 1.3, embora a interferência média inicial fosse também inferior (5.5). A interferência ou incapacitação revelada pelo valor total médio da SDS sofreu, também, uma descida significativa, revelando que, ao nível dos vários contextos de vida, a interferência das dificuldades dos adolescentes desta amostra foi significativamente reduzida.

Relativamente à *comorbilidade*, a hipótese que colocámos (hipótese B.1.b) foi de que se verificassem reduções significativas.

De acordo com esta hipótese, verificou-se uma descida significativa no número médio de diagnósticos comórbidos. Esta constatação confirma outros aspectos que descreveremos um pouco mais adiante, altura em que discutiremos mais aprofundadamente esta questão.

De acordo com a hipótese B.1.c), esperávamos que existissem reduções significativas em todas as variáveis relacionadas com **ansiedade social**: TAI, RT, SAS-A, EAESSA, EPASSA, ECSSSA e SDS.

De facto, esta hipótese foi confirmada, em todos os factores e pontuações totais das escalas em causa. Verificaram-se, então, reduções significativas da ansiedade aos testes ou a outras situações sociais, dos evitamentos de situações sociais, da frequência e pensamentos negativos e de comportamentos de segurança em situações sociais e do grau de incapacidade das dificuldades nos vários contextos de vida.

Dos resultados obtidos nas medidas de auto-resposta, apenas podemos efectuar comparações com outros estudos utilizando a pontuação total da SAS-A, constatando que são resultados comparáveis aos de Olivares e Garcia-López (2001) e Olivares e colaboradores (2002). Estas diferenças estatisticamente significativas serão melhor compreendidas quando, mais adiante, abordarmos o significado clínico das diferenças, através de análises que consideram os pontos de corte de algumas escalas.

A redução da frequência de pensamentos automáticos, numa intervenção que não incluía estratégias que visavam alterar esta frequência, coincide com os resultados de Zettle e Raines (1989) que, ao estudarem os resultados de tratamento com terapia cognitiva e ACT numa população de mulheres deprimidas, verificaram reduções significativas da frequência de pensamentos automáticos em ambas condições.

Já nas variáveis que mediam **sintomatologia ansiosa** (RCMAS) e **depressiva** (CDI) (hipótese B.1.d), esperávamos reduções significativas entre o pré e o pós-tratamento. Esta hipótese foi confirmada, tendo sido verificadas reduções significativas em ambas as escalas. Spence, Donovan e Brechman-Toussaint (2000) e Beidel, Turner e Morris (2000) encontraram, também, reduções significativas nos valores de ansiedade geral, na sequência de uma intervenção para a fobia social com crianças. Todavia, Albano e colaboradores (1995) não encontraram

este padrão com uma população adolescente, tendo encontrado apenas reduções significativas nos valores de sintomatologia depressiva (CDI). Esta redução não se verificou no estudo de Beidel e colaboradores (2000), nem no de Masia-Warner e colaboradores (2005), utilizando o CDI, nem no de Baer e Garland (2005), utilizando o BDI-II. Gallagher e colaboradores (2004) apenas encontraram reduções significativas dos valores de ansiedade (RCMAS) e depressão (CDI), entre o pré-tratamento e o *follow-up*. Estas diferenças serão, também, melhor entendidas quando abordarmos os respectivos pontos de corte destas escalas.

Nas **variáveis temperamentais e familiares de relação com o pai e a mãe**, de acordo com a hipótese B.1 e), esperávamos não encontrar quaisquer diferenças, embora esperássemos encontrar melhorias significativas na **vinculação com os amigos** e na **comparação social** (hipótese B.1.f).

A hipótese B.1.e) foi parcialmente confirmada. De facto, na variável de temperamento (RSRI) não se verificou uma diferença significativa no factor Escola/Situações Sociais nem no total, mas verificou-se uma redução estatisticamente significativa no factor Medos/Doenças. Este dado é difícil de compreender. Mesmo considerando enviesamentos de memória nesta medida retrospectiva, no nosso entender, seria mais compreensível que, depois de não apresentarem dificuldades sociais acentuadas, os adolescentes pudessem pontuar mais baixo no factor mais relacionado com essas dificuldades – o factor Escola/Situações Sociais. Tendo sido verificado o padrão inverso, apenas podemos hipotetizar que poderão ter-se verificado enviesamentos de memória na resposta a itens deste factor, por se tratar de itens que avaliam aspectos muito diferentes (e.g., “Com que frequência tinhas pesadelos?”; “Tinhas medo de cães ou de outros animais domésticos?”), por vezes exigindo respostas muito objectivas (e.g., “Em média, quantas vezes por ano faltaste às aulas por motivo de doença?”), às quais, não se tratando de áreas relevantes para o adolescente¹, pode ser mais provável dar respostas diferentes de cada vez que se responde.

Também no que diz respeito às variáveis de relação com o pai e com a mãe, a nossa hipótese foi parcialmente confirmada. Embora não se tenham constatado mudanças significativas na maioria dos factores e totais do PTI, EMBU, IPPA-pai e IPPA-mãe, verificaram-se diminuições significativas nos valores dos factores Ameaça de Abandono, Ameaça de Punição e pontuação total do PTI-pai e no factor Sobreprotecção e pontuação total do EMBU mãe. As alterações nos valores do PTI-pai foram inesperadas e apenas colocamos a hipótese de as diferenças se deverem a fenómenos de idealização da relação com o pai. Quanto à redução dos valores de Sobreprotecção do EMBU-mãe, embora também possa tratar-se de fenómenos de idealização, colocamos outras hipóteses. Uma delas diz respeito à possibilidade de, ao confrontarem-se com uma redução das dificuldades e um aumento da autonomia e independência dos filhos, resultantes da intervenção terapêutica, as mães de adolescentes com fobia social poderem, como reacção a estas mudanças, aperceberem-se de que não é necessário sobreprotegê-los ou con-

¹Sabemos, pelos resultados do estudo 1, que é o factor Escola/Situações Sociais, e não o factor Medos/Doenças, que distingue os adolescentes com fobia social específica.

trolá-los. Por outro lado, tendo sido as mães que maior assiduidade tiveram nas sessões de pais, efectuadas durante o tratamento, em que foi abordada a necessidade de mudanças de comportamento dos pais para ajudarem na mudança dos seus filhos, pode este dado manifestar algumas alterações nos estilos parentais das mães, decorrentes de aspectos do tratamento. A ser confirmado, este resultado pode também sugerir que o EMBU pode ser sensível a diferenças decorrentes de uma intervenção terapêutica com adolescentes com fobia social generalizada.

A hipótese que dizia respeito ao aumento significativo dos valores de vinculação com os amigos e comparação social (hipótese B.1.f) foi confirmada, o que confirma que a resolução das dificuldades de ansiedade social tem, efectivamente, um impacto importante na alteração da relação com os pares e na forma como os adolescentes se situam e se comparam em relação aos demais.

Comparações Pré-tratamento–Pós-tratamento: significado clínico

Embora seja importante demonstrar, estatisticamente, que os sujeitos mudam no final de um tratamento, a evidência de que o tratamento resultou em benefícios práticos na vida desses sujeitos não é menos crucial e comporta um significado acrescido na interpretação do resultado estatístico. O significado clínico refere-se ao valor prático ou importância do efeito da intervenção, ou seja, se esta fez alguma diferença real na vida do dia-a-dia (Kazdin, 2000). Assumindo que o tratamento conduziu a alterações, estas alterações fazem diferença para a pessoa que foi alvo do tratamento, de uma forma que vai para além de mudanças nos questionários, entrevistas e medidas de comportamento numa situação de laboratório? Este significado clínico pode ser operacionalizado de várias maneiras. As mais comuns são as comparações com amostras normais, a ausência do diagnóstico psiquiátrico que foi motivo da procura de tratamento, a avaliação subjectiva do impacto das dificuldades e o impacto social das mudanças (Kazdin, 2000). De acordo com estas indicações, para não limitarmos os dados deste estudo a diferenças globais entre o pré e o pós-tratamento, levámos a cabo uma série de análises para averiguar o significado clínico das mudanças verificadas, tendo seleccionado um conjunto de variáveis (correspondentes a várias acabadas de referir) como critério.

A primeira variável que incluímos foi a **ausência de diagnóstico**. De acordo com a hipótese B.2.a), esperávamos uma redução significativa no número de adolescentes que, no pós-tratamento apresentavam, ainda, critérios de diagnóstico para fobia social. Esta hipótese foi confirmada, tendo-se verificado uma percentagem de remissão do diagnóstico de 82.4%. Para nossa surpresa, estes valores são os mais elevados, comparativamente a outros estudos (cf., Quadro 3.2), à excepção dos resultados de Spence e colaboradores (2000) que reportaram uma redução de 87%, ainda que os valores de interferência inicial da amostra fossem bastante mais baixos do que os nossos (interferência média de 4.88).

Nas variáveis respeitantes às **relações interpessoais**, colocámos como hipóteses (hipóteses B.2.b) e c) um aumento significativo na quantidade de amigos, do número de melhores amigos e do envolvimento em actividades extracurriculares em grupo, bem como uma redução signi-

ficativa da dificuldade em fazer e em manter amigos. Relativamente à quantidade de amigos e ao número de melhores amigos, embora se tenha verificado um aumento do pré para o pós-tratamento, essa diferença não chegou a atingir níveis de significância estatística. Apesar de não termos encontrado uma redução significativa das dificuldades em manter amigos, verificámos uma diminuição significativa da dificuldade em fazer amigos. No que concerne ao primeiro resultado, depois de constatarmos que, no pré-tratamento, apenas 3 adolescentes afirmavam ter dificuldades neste aspecto, não seriam de esperar reduções significativas nesta variável. Quanto à redução das dificuldades em fazer amigos, consideramos que este é um dado importante, uma vez que sabíamos já que uma das áreas de impacto da fobia social generalizada era, justamente, ter menos amigos e maior isolamento e solidão (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Beidel *et al.*, 2007; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999). Talvez a redução nesta dificuldade possa ter estado na base do aumento, ainda que não significativo, da quantidade de amigos e do número de melhores amigos. Também a hipótese relativamente a um aumento do envolvimento em actividades extracurriculares em grupo não foi confirmada, não se tendo verificado qualquer alteração neste aspecto. Atendendo aos resultados positivos noutras variáveis, colocamos a hipótese de este facto poder ser, pelo menos parcialmente, explicado pelo facto de a intervenção terapêutica se ter iniciado em Novembro e decorrido durante os meses seguintes, não sendo habitual iniciarem-se actividades extracurriculares a meio do ano lectivo.

Outro critério seleccionado para avaliar o significado clínico da mudança foi a apresentação de **valores abaixo dos pontos de corte** no RT, SAS-A, EAESSA, SDS e SDS-pais (hipótese B.2.d). Esta hipótese foi confirmada para todos os questionários referidos. A única comparação que podemos efectuar com estes resultados são os valores abaixo do ponto de corte do SPAI, referido por alguns estudos (Beidel *et al.*, 2000; Beidel *et al.*, 2007; Masia-Warner *et al.*, 2007). O único estudo a encontrar percentagens abaixo do ponto de corte, neste questionário, mais elevadas do que as nossas, em qualquer questionário, foi o de Masia-Warner e colaboradores (2007), que, todavia, apresentava também valores de interferência mais baixos do que os encontrados na nossa amostra (5.1).

Quanto à classificação das **dificuldades actuais** no final do programa, efectuadas pelo adolescente e pelo terapeuta, as hipóteses (hipóteses B.2e) e f), relativamente à localização das respostas nos 3 primeiros níveis da escala do Questionário de Avaliação do Adolescente e do Terapeuta, foram confirmadas. Todos os adolescentes afirmaram que as dificuldades iniciais eram, na altura do pós-tratamento, um problema ligeiro, muito ligeiro ou que deixaram de ser um problema. A mesma avaliação efectuada pelo terapeuta revelou que 82.4% dos adolescentes se situavam dentro deste intervalo.

Bobes (1998) defende que uma abordagem mais eficaz para definir as melhorias e recuperação na fobia social deveria incluir mudanças nas escalas de ansiedade e evitamento social, na classificação de incapacitação ou interferência e na qualidade de vida. Dispondo já de avaliações relativas aos dois primeiros aspectos, e não tendo utilizado uma medida objectiva da

qualidade de vida, utilizámos o item 9 do Questionário de Avaliação do Adolescente para obter uma medida, ainda que subjectiva, deste aspecto. Assim, no que dizia respeito à **qualidade de vida**, colocámos a hipótese B. 2. g) de que a classificação deste item no Questionário de Avaliação do Adolescente se situaria acima de 5. Esta hipótese foi confirmada. Verificámos que todos os adolescentes classificaram o impacto positivo do tratamento na sua qualidade de vida com valores entre 7 e 10.

Como referimos anteriormente, embora não fosse um objectivo específico do tratamento, mas de acordo com resultados de estudos anteriores, colocámos a hipótese de uma redução significativa da **comorbilidade**. Verificámos, na análise de diferenças globais, uma redução significativa no número médio de diagnósticos comórbidos. Nesta sequência, e de acordo com a hipótese B. 2. h), constatámos, também, uma redução significativa de 91.3% dos diagnósticos comórbidos, tal como tinha sido encontrado no estudo de Albano e colaboradores (1995) e no de Masia-Warner e colaboradores (2005). No nosso entender, uma possível explicação para este resultado pode consistir no facto de as perturbações comórbidas na nossa amostra serem apenas perturbações de ansiedade. Na intervenção na fobia social, uma das principais mensagens consistiu em considerar os evitamentos e comportamentos de segurança como principais factores de manutenção das dificuldades, insistindo-se na desistência de ambos, como essencial para as ultrapassar. Este critério é semelhante a todas as perturbações de ansiedade, pelo que pode ter-se verificado um efeito de generalização destas estratégias para outros contextos de dificuldade, resultando na sua diminuição significativa. Consistente com esta hipótese explicativa, quando questionámos alguns adolescentes relativamente ao facto de não relatarem já as dificuldades comórbidas que apresentavam anteriormente, as respostas foram de que tinham passado a não evitar situações que antes evitariam (e.g., elevadores).

Desconfirmando parcialmente a hipótese B.2.i) no que dizia respeito à redução da sintomatologia ansiosa, avaliada pela RCMAS, não se verificou uma redução significativa de adolescentes que se situaram abaixo do seu ponto de corte, até porque, na avaliação pré-tratamento, 16 adolescentes estavam já abaixo deste valor.

Confirmando parcialmente a hipótese B.2.i), verificaram-se reduções significativas na percentagem de adolescentes que se situaram abaixo do ponto de corte do CDI. Este último dado pode estar relacionado com a associação frequente de sintomatologia depressiva à fobia social (ainda que nenhum adolescente preenchesse critérios clínicos para um diagnóstico de depressão major). Assim, debelados os sintomas de fobia social, reduziu-se, também significativamente, a sintomatologia depressiva. Moscovitch e colaboradores (Moscovitch, Hofmann, Suvak, & In-Albon, 2005) obtiveram dados consonantes com esta hipótese, numa população adulta com fobia social em tratamento, ao terem encontrado que as reduções da ansiedade social mediavam mudanças nos sintomas depressivos (enquanto que a relação inversa não foi encontrada). O nosso resultado parece-nos um dado importante, pela elevada comorbilidade entre a fobia social e a depressão na idade adulta. Efectivamente, o facto de os adolescentes com fobia social apresentarem valores elevados de sintomatologia depressiva, embora sem diagnóstico de depressão, pode querer significar que poderão apresentar maior vulnerabilidade de vir

a desenvolver uma depressão major mais tarde. Esta hipótese é corroborada pela verificação de que a fobia social precede, em larga medida, o desenvolvimento de perturbações depressivas (e.g., Wittchen, 1999). Assim, embora não possamos estabelecer relações temporais entre o aparecimento das duas perturbações, os resultados deste estudo parecem indicar que intervir precocemente na fobia social pode prevenir o desenvolvimento de uma futura perturbação depressiva. Este dado é tanto mais importante quanto sabemos que a associação entre estas duas condições é indicativa de um pior prognóstico (DeWit, Ogborne, Offord, & MacDonald, 1999; Gaines, Magruder, Wagner, Yarnall, & Broadhead, 1999; Lecrubier, 1998; Stein *et al.*, 2001). De acordo com esta inferência, e combinando a ausência de fobia social e de depressão como resultados de tratamento, Hayward e colaboradores (2000) encontraram um efeito do tratamento da fobia social na ausência de depressão, ao final de um ano de *follow-up*, concluindo que o tratamento da fobia social pode reduzir a frequência de uma futura depressão major, principalmente em raparigas com história prévia de depressão.

Estudo longitudinal de 4 medidas no tempo

Este estudo, embora com um reduzido número de sujeitos, parece-nos ser aquele que, numa única análise, abarca todo o desenho da investigação, avaliando os mesmos sujeitos num primeiro momento, no início da lista de espera, num segundo momento, no final da lista de espera, imediatamente antes de entrarem em tratamento (avaliação pré-tratamento), num momento imediatamente após o tratamento (avaliação pós-tratamento) e um mês depois de terminado o tratamento (*follow-up* de um mês).

Neste estudo, colocámos as hipóteses B. 3. a), b) e c), que previam que não se encontrassem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma variável entre o momento da avaliação no início da lista de espera e o pré-tratamento e entre o pós-tratamento e o *follow-up*, mas que se encontrassem diferenças significativas em todas as variáveis, entre o pré e o pós-tratamento.

Efectivamente, não foram encontradas quaisquer diferenças nos dois primeiros momentos de avaliação (tempo de lista de espera). Este dado é coerente com o que havíamos já encontrado aquando das comparações do grupo de lista de espera, em que também não se verificaram quaisquer alterações nas variáveis, indicando que, sem tratamento, a fobia social não tem tendência a remitir.

Por outro lado, foram encontradas diferenças significativas em quase todas as medidas, entre o pré-tratamento e o pós-tratamento. Entre estes dois momentos de avaliação, constatámos reduções significativas no nível de interferência, ansiedade e evitamento social e incapacitação nos vários contextos de vida. A variável de Medo de Avaliação Negativa sofreu também uma redução significativa, sendo este considerado o melhor indicador de resultados terapêuticos por diversos autores (Clark & Wells, 1995; Heimberg & Juster, 1995; Leary & Kowalski, 1995; Rapee, 1995). A frequência de utilização de comportamentos de segurança teve uma redução estatisticamente significativa. Uma vez que os comportamentos de segurança são considerados importantes factores de manutenção das dificuldades, a sua redução poderá ser um dado importante relativo à manutenção dos ganhos.

Para além de analisar o significado estatístico, examinámos, também, o tamanho do efei-

to das mudanças constatadas. Os resultados mostraram um tamanho do efeito alto na maioria das medidas (acima de .8, de acordo com o apontado por Cohen, 1988), sendo moderado em algumas medidas (acima de .5), o que parece reforçar o efeito do tratamento. O único caso em que não se verificou uma melhoria significativa foi na variável de comparação social, em que, apesar de uma diferença significativa na comparação dos 4 momentos de avaliação e de uma descida acentuada do pré para o pós-tratamento, esta diferença não chegou a atingir níveis de significância estatística, com um valor de tamanho do efeito baixo, de .385.

Um aspecto importante destes resultados de tratamento foi a capacidade do programa de reduzir a interferência na área escolar, social e afectiva. Em relação a esta última área, constatámos uma menor redução das dificuldades. Este dado poderá estar relacionado com a fase específica da adolescência, momento crucial para a construção de relações afectivas próximas, podendo também indicar que o programa deveria ter insistido mais em situações relacionadas com este aspecto.

Finalmente, embora não tivessem sido encontradas melhorias significativas entre o pós-tratamento e o *follow-up*, consideramos que estas não seriam de esperar, dado o reduzido tempo de intervalo entre as duas avaliações (1 mês) e o número reduzido de sujeitos, sendo de realçar que os ganhos se tenham mantido.

Análise no *follow-up* de 3 meses

Na análise destes resultados, estudámos as mesmas variáveis que havíamos seleccionado para efectuar o estudo longitudinal em quatro momentos no tempo, excepto as avaliações de incapacidade da SDS-pais, por não dispormos dessa avaliação nos *follow-ups*. Havendo constatado que não existiam diferenças significativas entre o pós-tratamento e o *follow-up* de um mês, fomos averiguar as diferenças entre o pós-tratamento e o *follow-up* aos 3 meses. Por se tratar, ainda, de um período curto de *follow-up* e de um número muito reduzido de sujeitos, a nossa hipótese foi apenas da manutenção dos ganhos e não de uma melhoria significativa (cf. Hipótese B.4.a).

Esta hipótese foi confirmada, tendo sido verificado que os ganhos no pós-tratamento não só se mantiveram como aumentaram, embora não atingindo diferenças estatisticamente significativas.

Os dados referentes aos *follow-up*, tanto de um mês como de três, são consonantes com os estudos que revelam que, depois do final do tratamento, os ganhos continuam a aumentar, talvez devido ao facto de os adolescentes continuarem a utilizar as estratégias desenvolvidas durante a terapia (Beidel, Turner, & Morris, 2000). Este facto pode também estar na origem das constatações de menores taxas de recaídas da terapia cognitivo-comportamental, quando comparada com tratamento psicofarmacológicos. Pensamos que as sessões de *follow-up* podem, ainda, ser importantes para ajudar a lidar com dificuldades presentes e continuar a encorajar a utilização de estratégias eficazes.

Análise de possíveis factores que influenciam resultados de tratamento

Para efectuar esta análise, seleccionámos como variáveis critério para medir resultados de

tratamento, o grau de interferência das dificuldades, pela sua importância do ponto de vista clínico, e o factor Medo de Avaliação Negativa da SAS-A, por o medo de avaliação negativa ser considerado o melhor preditor de resultados. Como possíveis factores de influência, de acordo com a literatura da fobia social, principalmente na população adulta, seleccionámos os graus iniciais de comorbilidade (Kazdin, 2000) e de sintomatologia depressiva (Chambless, Tran, & Glass, 1997; DeWit, MacDonald, & Offord, 1999; Gaines, Magruder, Wagner, Yarnall, & Boradhead, 1999; Lecrubier, 1998; Stein *et al.*, 2001).

As nossas hipóteses C.a), e b) consistiam, respectivamente, em encontrar menores resultados de tratamento, quanto maiores os graus de comorbilidade e sintomatologia depressiva iniciais.

Nenhuma destas hipóteses foi confirmada, não tendo sido verificadas quaisquer associações significativas entre as variáveis. Ou seja, maiores valores de comorbilidade ou de sintomatologia depressiva não resultaram em melhorias menos significativas das dificuldades apresentadas pelos adolescentes. Em crianças, Beidel, Turner e Morris (2000) não encontraram também qualquer associação entre a presença ou ausência de comorbilidade na resposta ao tratamento e Alfano e colaboradores (2009) não confirmaram a sintomatologia depressiva como factor moderador de resultados de tratamento da fobia social. Uma hipótese possível para explicar como, em face dos diversos estudos que apontam a presença de sintomas depressivos como um factor influenciador dos resultados terapêuticos, não se verificaram quaisquer associações desse género na nossa amostra, nem na de Alfano e colaboradores (2009), poderá ser o facto de, nestas duas últimas, se considerar a presença de sintomas depressivos na ausência de um diagnóstico de depressão major, enquanto que, nos estudos que encontraram esta associação, se verificava a presença deste diagnóstico, uma condição mais grave e interferente do que a simples presença de sintomas depressivos avaliados por questionários de auto-resposta.

Perfis de mudança

Hope, Herbert e White (1995), num estudo das diferenças de eficácia de tratamento entre os subtipos de fobia social, constataram que, uma vez que os indivíduos com fobia social generalizada tendiam a ter níveis iniciais de interferência mais elevados, terminavam a intervenção também com níveis de interferência maiores, embora tivessem demonstrado níveis semelhantes de melhorias. De acordo com estes resultados, colocámos a hipótese (C.c) de os adolescentes do nosso estudo apresentarem uma estabilidade na mudança, ou seja, embora pudessem manifestar ganhos equivalentes, os adolescentes com valores iniciais de interferência mais elevados manter-se-iam, no pós-tratamento, também com valores de interferência mais elevados do que os adolescentes que, no pré-tratamento, apresentavam valores de interferência mais baixos.

Esta hipótese não foi confirmada, tendo-se verificado que alguns adolescentes que começaram a intervenção com valores de interferência mais baixos terminaram o tratamento com valores de interferência mais elevados do que outros que iniciaram o tratamento com valores de interferência mais altos, da mesma forma que alguns adolescentes que revelavam valores de interferência mais elevados no início do tratamento terminaram com valores de interferência

mais baixos do que colegas com valores iniciais de interferência mais baixos. Verificámos, assim, que não existiu estabilidade na mudança, uma vez que os adolescentes que apresentavam maiores níveis de interferência no pré-tratamento não obtiveram, necessariamente, menos resultados no pós-tratamento, nem os que tinham uma menor interferência obtiveram, necessariamente, melhores resultados no tratamento. Pela análise dos gráficos parece, aliás, que o tratamento teve, sobretudo, um impacto mais positivo nos sujeitos cujos valores de interferência iniciais eram superiores. Uma possível hipótese para este resultado pode relacionar-se com a maior motivação e adesão ao tratamento por parte de quem sente as dificuldades como muito mais interferentes.

Avaliação subjectiva do programa

Da avaliação subjectiva do programa, efectuada pelos adolescentes no final do tratamento, constatámos elevados níveis de motivação, adesão, interesse, “gozo”, satisfação com o programa e com os terapeutas. Verificaram-se, também, elevadas classificações relativamente ao impacto positivo do programa na redução da ansiedade e evitamento de situações sociais e na qualidade de vida. Todas estas constatações confirmam as hipóteses que havíamos colocado, relativamente a este aspecto (hipóteses D.a),b) e c).

No entanto, ao contrário do que colocámos como hipótese (D.d), não se verificaram diferenças entre os componentes do tratamento considerados mais úteis. Todos foram classificados com valores médios entre 8 e 10. Um dado curioso, diz respeito ao item que afirmava que o que mais tinha ajudado era ter aprendido a substituir um pensamento por outros opostos ou diferentes. Efectivamente, embora o programa não tenha, como descrevemos, incluído o debate cognitivo e a substituição de pensamentos, decidimos incluir um item assim formulado para perceber a forma como os adolescentes davam significado e tinham codificado os aspectos relativos à aceitação da experiência interna, nomeadamente dos pensamentos automáticos. Como estávamos particularmente atentos a este ponto, questionámos cada adolescente acerca da razão da sua classificação (todas acima de 5) neste item. As respostas, sem excepção, foram no sentido de considerar que pensamentos do tipo “deixa estar; já sei que não é assim” são pensamentos “diferentes” dos que apresentavam anteriormente.

Constatámos, ainda, que os valores mais elevados dos componentes do programa foram atribuídos a componentes relacionados com a defusão cognitiva (“Ajudou mais perceber que os meus “filmes” e a realidade são coisas diferentes” e “Ajudou mais perceber que os meus “filmes” e o meu Eu são coisas diferentes) e com estarem mais atentos ao que se passa à sua volta, em vez de estarem auto-focados (“Ajudou mais estar mais atento ao que se passa e à realidade, em vez de estar focado em mim”). Estes dados parecem-nos importantes de destacar. Por um lado, sugerem que foi atingido o objectivo de ajudar os adolescentes a distinguir a experiência interna, da realidade. Por outro, sugerem que os adolescentes apreenderam a importância do auto-focus, como factor de manutenção, e que experienciaram como importante a alternativa de prestar atenção ao que se passa nas situações em que estão inseridos.

Finalmente, um dado que não podemos deixar de mencionar. O item mais pontuado, logo a seguir aos anteriores, foi “Ajudou mais constatar que o que eu sou e o que eu sou capaz é su-

ficientemente bom”. Para nós, este dado é particularmente caro, por estar de acordo com a suposição nuclear e a estrutura deste novo protocolo terapêutico – a suposição de que a maioria dos adolescente com dificuldades sociais, possui já, em si, as capacidades de que necessita para ter um bom desempenho social, apenas não as utilizando como medida de protecção, e a consequente não inclusão de um componente de treino de aptidões sociais no programa terapêutico. Esta constatação, por parte dos adolescentes, corrobora e valida o nome que atribuímos ao protocolo: “Ser eu Próprio entre os Outros”.

4. Conclusões, limitações e sugestões para futura investigação

Os estudos efectuados e expostos ao longo dos últimos capítulos desta dissertação tiveram como objectivo contribuir para a compreensão da fobia social na adolescência e para atenuar as pesadas dificuldades e forte impacto negativo que esta condição impõe. Neste sentido, realizámos dois estudos, cujas principais conclusões apresentamos em seguida.

Conclusões. No estudo 1, ao compararmos um grupo de adolescentes com fobia social generalizada (FSG), um grupo de adolescentes com fobia social a situações de desempenho escolar (FSESDE) e um grupo de adolescentes sem qualquer patologia associada (N), constatámos que:

1. os adolescentes com FSG se distinguiram dos adolescentes com FSESDE, por apresentarem uma maior interferência das dificuldades na vida quotidiana, uma duração superior da perturbação e maiores níveis de comorbilidade com outras perturbações de ansiedade;
2. os adolescentes com FSG se distinguiram dos adolescentes com FSESDE e N, por apresentarem menos amigos, menos melhores amigos, um tempo de amizade menor, mais dificuldades em fazer amigos e menor envolvimento em actividades extracurriculares em grupo;
3. os adolescentes com FSESDE referiram ter mais e melhores amigos e um tempo de amizade mais longo;
4. a maioria dos adolescentes dos grupos FSG e N referiu querer ter mais amigos, enquanto que a maioria dos adolescentes do grupo FSESDE referiu não querer;
5. não se verificaram diferenças entre os grupos, quanto a não apresentarem dificuldade em manter os amigos e em preferirem passar a maior parte do tempo com os seus pares;
6. nas medidas de ansiedade aos testes, os adolescentes com FSESDE, apenas se distinguiram significativamente dos adolescentes com FSG no factor Pensamentos Irrelevantes do RT, apresentando valores mais elevados nesta variável;
7. excluindo a excepção anterior, os dois grupos clínicos apresentaram valores semelhantes de ansiedade aos testes e a situações de avaliação formal, de incapacitação na área escolar e de pensamentos automáticos nas situações-problema, sendo estes valores foram sempre superiores ao grupo N;
8. apesar da constatação anterior, os adolescentes com FSG apresentaram maiores níveis de evitamento de situações de desempenho formal, do que os adolescentes com FSESDE, embora

estes últimos também tenham apresentado valores de evitamento superiores aos do grupo N;

9. relativamente ao número de medos sociais, os adolescentes com FSG apresentaram um número de medos significativamente maior do que os adolescentes dos dois outros grupos, tal como aconteceu para os adolescentes com FSESDE, comparativamente aos adolescentes sem psicopatologia.

10. os adolescentes com FSG apresentaram valores de ansiedade e evitamento de situações de interacção social, de incapacitação na área social e afectiva e de comportamentos de segurança superiores aos dos restantes adolescentes, que não se distinguiram entre si;

11. os dois grupos clínicos não se distinguiram nos valores médios de ansiedade geral e depressão, apresentando valores destas variáveis superiores ao grupo N;

12. ainda assim, nenhum adolescente dos dois grupos clínicos se situou acima do ponto de corte na medida de ansiedade, nem se distinguiram na medida de depressão com um ponto de corte 12; porém, apresentaram diferenças significativas, considerando no CDI um ponto de corte de 19, sendo que o grupo FSG se distinguiu, por apresentar uma maior percentagem de adolescentes acima deste ponto;

13. os adolescentes com FSG apresentaram valores de inibição comportamental superiores aos restantes adolescentes e valores de vinculação aos amigos e de comparação social inferiores;

14. os grupos não se distinguiram em nenhuma variável familiar.

Em *síntese*, comparativamente aos adolescentes com FSESDE, os adolescentes com FSG parecem apresentar uma perturbação mais grave e interferente. Mesmo considerando a área escolar, apesar dos dois grupos de adolescentes não se distinguirem nas variáveis de ansiedade, eram os adolescentes com FSG que, em média, apresentavam maiores valores de evitamento. Eram também estes adolescentes que apresentavam a fobia social há mais tempo, o que, a par com a maior interferência acabada de referir, fazem destes adolescentes um alvo preferencial para uma identificação e intervenção precoces.

Não obstante esta constatação, os adolescentes com FSESDE manifestaram também uma interferência significativa na área escolar, principalmente a partir da entrada no ensino complementar. Estes dados obrigam a uma reflexão sobre os diversos factores de pressão associados ao início destas dificuldades e apontam para a importância e necessidade que uma intervenção preventiva nesta fase poderá ter.

No estudo 2, ao efectuarmos o estudo de eficácia do novo protocolo de intervenção, encontramos resultados encorajadores:

1. considerando a comparação das avaliações, no início e final de um tempo alargado de lista de espera, não se verificou qualquer remissão no diagnóstico de fobia social e as duas únicas alterações significativas nas variáveis em estudo foram no sentido de um agravamento dos sintomas;

2. comparando a avaliação pré-tratamento com a avaliação pós-tratamento, verificámos que, nesta última, uma larga maioria de adolescentes não apresentava já critérios de diagnóstico para uma fobia social, verificando-se também melhorias significativas na interferência, incapacitação, ansiedade e evitamento de situações sociais (tanto em termos de desempenho co-

mo de interação), frequência de pensamentos automáticos e de comportamentos de segurança em situações sociais, sintomatologia ansiosa e depressiva, comorbilidade, dificuldade em fazer amigos, vinculação aos amigos, comparação social e qualidade de vida;

3. apesar de uma tendência para o aumento do número de amigos e de melhores amigos, estas diferenças não atingiram significância estatística; não se verificaram quaisquer alterações no envolvimento em actividades extracurriculares de grupo;

4. ainda referente ao pós-tratamento, não se constataram alterações significativas na maioria das variáveis de temperamento e familiares, verificando-se apenas reduções na pontuação no factor Medos/Doenças, do RSRI, em dois factores e no total do PTI-pai, e no factor Sobreprotecção e total do EMBU-mãe.

5. no estudo longitudinal, não se verificaram quaisquer diferenças significativas entre a avaliação no início do tempo de lista de espera e a avaliação do pré-tratamento, nem entre a avaliação do pós-tratamento e do *follow-up* de um mês; verificaram-se melhorias significativas entre o pré-tratamento e o pós-tratamento em todas as variáveis, excepto a de comparação social;

6. no estudo dos dados do *follow-up* de 3 meses, constatámos que os ganhos se mantiveram e apresentaram uma tendência para aumentar, embora sem atingir significância estatística;

7. não foi encontrada uma associação entre a comorbilidade e a sintomatologia depressiva iniciais e a extensão dos resultados terapêuticos;

8. considerando os níveis de interferência antes do tratamento, após o tratamento e no momento da avaliação do *follow-up* de um mês, não foi detectada estabilidade na mudança; neste sentido, o programa parece ter sido particularmente eficaz para os adolescentes que manifestavam maiores interferências iniciais.

Limitações. Quanto às limitações, as principais limitações do estudo 1, consistem no reduzido tamanho da amostra e no facto de se tratar de um estudo transversal. No entanto, consideramos que os resultados apontam para diferenças importantes entre adolescentes com fobia social generalizada e adolescentes com fobia social, que apenas manifestam dificuldades significativas em situações de desempenho escolar, sendo este, do nosso conhecimento o primeiro estudo deste género. Assim, seria importante replicar este estudo com uma amostra maior e, se possível, numa investigação longitudinal, que permitisse explorar mecanismos causais que subjazem às diferenças encontradas entre os subtipos.

O estudo 2 sofre de várias limitações. Em primeiro lugar, e desde logo, o número reduzido de adolescentes em cada amostra e o leque de idades pouco alargado poderão limitar a generalização dos resultados. Embora outros estudos de eficácia de resultados tenham números de sujeitos igualmente reduzidos, e os resultados iniciais deste estudo pareçam promissores, é necessária uma replicação com uma amostra maior e mais diversificada, para clarificar a eficácia desta intervenção. Contudo, temos presente a dificuldade inerente à manutenção dos sujeitos em planos de investigação longitudinais (neste caso 4/5 pontos no tempo). Ainda relativamente ao número reduzido de sujeitos, compreendemos que esta limitação nos restringia

a obtenção de valores estatisticamente significativos, sendo, por esse facto, restritiva (Howell, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007). Neste sentido, salvaguardámos a possibilidade de assumirmos resultados que não fossem expressivos.

Uma outra limitação relaciona-se com a estabilidade da amostra ao longo da investigação. De facto, dado a presente investigação ter sido realizada num meio eminentemente clínico e sujeito a uma série de constrangimentos próprios desse contexto, não foi possível dispor, ou de grupos independentes para realizar uma análise intergrupos, ou de um mesmo grupo com um número de sujeitos mais alargado, para realizar análises de medidas repetidas mais fidedignas.

Ainda referente ao desenho da investigação, a utilização de um grupo de controlo passivo de lista de espera e não de um grupo de controlo e atenção activo, embora comum em estudos de programas de tratamento em grupo, é uma limitação. Embora a existência de uma lista de espera possa ter, de alguma forma, controlado os efeitos que podiam reflectir a passagem do tempo, é importante demonstrar que as mudanças no grupo de tratamento não reflectem efeitos não específicos do tratamento, como, por exemplo, a atenção do terapeuta. Por este motivo, seria importante comparar esta intervenção com outros tratamentos ou com tratamentos não-específicos ou placebo que forneçam atenção². No entanto, dispor de um grupo que não recebeu tratamento está próximo das circunstâncias do “mundo real”, em que alguns adolescentes recebem tratamento para as suas dificuldades e outros não recebem, até porque muitos deles nunca chegariam a pedir ajuda (Kazdin, 1980). Neste aspecto, refira-se que a constatação da inexistência de mudanças durante os alargados tempos de lista de espera (mais longos do que os restantes estudos), bem como a verificação das mudanças evidentes dos adolescentes que fizeram parte do grupo de tratamento entre o seu início e o seu final, são factores importantes para apresentar uma ideia razoável da evolução das dificuldades decorrentes da fobia social, quando sujeitas a esta intervenção ou quando deixadas por intervir.

Outros aspectos que fazem parte das limitações prendem-se com os instrumentos utilizados, a informação recolhida. Por um lado, devido à falta de medidas estudadas e bem estabelecidas para alguns dos factores que queríamos estudar (e.g., comportamentos de segurança), tivemos que desenvolver novas medidas, que não dispunham de estudos de validade e fidedignidade. No entanto, esta limitação seria conservativa com respeito às hipóteses, uma vez que uma limitada fidedignidade reduziria o poder do estudo para demonstrar relações significativas.

Por outro lado, teria também sido importante integrar medidas de avaliação ao longo do curso de tratamento, para monitorizar os progressos na terapia ou averiguar possíveis componentes de eficácia. Futuros estudos poderão colmatar esta limitação. Ainda relativamente à informação recolhida, talvez tivesse sido importante ter obtido uma avaliação objectiva por parte dos professores, tanto no pré como no pós-tratamento. A contrabalançar esta limitação, existe a preocupação de que os professores são uma fonte menos fidedigna de informação, rela-

² Quanto a este último aspecto, alguns autores levantam objecções éticas a um tratamento psicológico placebo, nomeadamente, o facto de os sujeitos poderem desmotivar, culpabilizar-se e piorar por estarem a receber um tratamento supostamente eficaz e não estarem a verificar melhorias, podendo ficar desencorajados para procurar ajuda no futuro (Kazdin, 2000; Masia-Warner et al., 2007).

tivamente a perturbações internalizantes (e.g., Loeber, Green & Lahey, 1990).

Outra possível limitação diz respeito ao facto de as várias avaliações dos adolescentes terem sido sempre efectuadas pelo mesmo terapeuta, responsável também pela condução do processo terapêutico. Este procedimento poderá ter sido influenciado pelas expectativas do terapeuta ou pela desejabilidade dos adolescentes. As avaliações deveriam ter sido levadas a cabo por avaliadores independentes e sem conhecimento do estatuto clínico dos adolescentes ou dos objectivos da investigação. No nosso caso, mais uma vez devido ao contexto clínico e restrito onde decorreu, foi impossível dispor de um avaliador nestas condições. Futuras investigações poderão, também, ter atenção a esta questão. Refira-se, porém, que estas condições estão muito mais perto das condições da clínica de todos os dias, em que é o mesmo terapeuta que avalia, intervém e reavalia os adolescentes que recorrem à consulta, estabelecendo a ponte entre os estudos em contexto de investigação e os estudos em contexto clínico, como aconteceu já noutras investigações semelhantes à nossa (e.g., Beidel, Turner, & Morris, 2000; Hayward *et al.*, 2000; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000).

O facto de não dispormos de uma avaliação de *follow-up* num tempo mais alargado, apenas nos permite concluir acerca da eficácia do protocolo terapêutico a curto prazo. Seria importante continuar a seguir os adolescentes durante um período de *follow-up* mais longo, ou realizar outro estudo com um maior número de sujeitos em que este *follow-up* seja possível, para verificar a estabilidade e manutenção dos ganhos terapêuticos.

Kazdin (2000) defende que é importante investigar versões fortes e, provavelmente, mais demoradas ou extensas de tratamento para as diversas condições encontradas na prática clínica, para se saber os resultados que se podem atingir com doses mais intensivas de tratamento, antes de estudar se versões mais reduzidas, mais económicas e mais facilmente implementadas conseguem atingir resultados semelhantes e se eventuais diminuições dos ganhos terapêuticos valem a pena, considerando o que se poupa em custos ou facilidade de administração (Kazdin, 2000). Cientes de que este protocolo implica uma duração maior do que outros protocolos com objectivos semelhantes, e considerando a afirmação anterior de Kazdin, consideramos que, uma vez confirmada a eficácia deste novo protocolo, se poderá começar a estudar a eficácia de versões mais reduzidas.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, é primeiro necessário verificar a eficácia de um programa integrado de tratamento, antes de começar a desmantelá-lo para estudar os seus componentes (Spence *et al.*, 2000). Assim, embora uma limitação deste programa seja incluir vários componentes sem ter determinado quais poderão ter sido particularmente eficazes (ainda mais porque a avaliação subjectiva dos adolescentes acerca do que poderá ter ajudado não lançou muita luz sobre o assunto), o nosso objectivo era averiguar a sua eficácia, pelo que os dados promissores encontrados, se confirmados, poderão conduzir a um estudo de componentes de eficácia.

À semelhança do que se preconiza para outras intervenções de outras condições clínicas, para além de perceber o que funciona, seria também importante perceber como e porquê funciona, ou seja, quais são os mecanismos de mudança que explicam a eficácia de um tratamento ou de um componente de tratamento. Esta é mais uma sugestão para a investigação futura.

Este foi o primeiro protocolo terapêutico, destinado à população adolescente com fobia social, a basear-se no modelo de Clark e Wells e a incluir uma série de conceitos e estratégias resultantes de teorias e estudos mais recentes. É também o único protocolo do género a não incluir um componente de treino de aptidões sociais. A eficácia de um tal programa põe em causa a existência de défices de aptidões sociais neste tipo de população, apontando, mais provavelmente, para uma não utilização destas aptidões, como comportamentos de segurança destinados a funcionar como estratégias de protecção.

Não podendo avaliar a eficácia dos diversos componentes que o tratamento incluía, destacamos alguns que, no nosso entender, poderão ter sido uma mais valia do novo protocolo, nomeadamente, a conjugação de esforços de adolescentes, terapeutas, pais e professores, a utilização de video-feedback com preparação cognitiva e a exposição ao vivo efectuada fora do gabinete. Os dois últimos factores poderão ter atenuado a fraca adesão às tarefas de casa entre as sessões (frequente nesta população) e ajudado à realização de experiências que proporcionaram informação desconfirmatória, bem como à generalização dos ganhos.

Apesar das limitações apontadas, os resultados do estudo 2 parecem indicar a eficácia do novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada “Ser Eu Próprio entre os Outros”, pelo menos a curto prazo, realizado num contexto clínico. Este último aspecto sugere a eficácia de programas desenvolvidos em contextos de investigação, num contexto mais naturalista, bem como confirma a capacidade e disponibilidade de doentes, em contexto clínico privado, de participarem em investigações, apoiando a suposição de Persons (2001) de que é possível desenvolver nestes contextos uma prática baseada na evidência.

Esperamos que os dados da presente investigação tenham contribuído para uma melhor compreensão e para um avanço da intervenção na fobia social com adolescentes. Desejamos, ainda, que estes dados suscitem a curiosidade de investigadores e clínicos, para continuar a investigação dos dois subtipos de fobia social estudados, replicar o estudo de eficácia do tratamento e, principalmente, pôr em prática e levar mais longe uma intervenção que minimize o sofrimento subjectivo e o impacto negativo associado à fobia social na adolescência, potencialize capacidades, aumente a qualidade de vida e permita a prossecução de objectivos de vida valorizados.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 136-144.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ahrens-Eipper, S., & Hoyer, J. (2006). Applying the Clark-Wells model of social phobia to children: The case of a "dictation phobia". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*, 103-106.
- Albano, A. M. (1995). Treatment of social anxiety in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 271-298.
- Albano, A. M. (2003). Treatment of social anxiety. In M. A. Reinecke, F. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A case book for clinical practice* (pp. 128-161). New York: Guilford Press.
- Albano, A. M., & Detweiler, M. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 162-178). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Albano, A. M., & DiBartolo, P. M. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for social phobia in adolescents: Stand up, speak up. Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Albano, A. M., & Hayward, C. (2004). Social anxiety disorder. In T. H. Ollendick & J. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 198-235). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R., & Barlow, D. H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. (pp. 387-425). New York: Guilford Press.
- Albano, A. M., Marten, P. A., & Holt, C. S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrito não publicado.
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 649-656.
- Alden, L. E., & Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 53-64.
- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 497-505.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review, 22*, 1209-1238.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2008). Negative self-imagery among adolescents with social phobia: A test of an adult model of the disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 327-336.
- Alfano, C. A., Beidel, D., & Turner, C. (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 189-201.

- Alfano, C. A., Pina, A. A., Villalta, I. K., Beidel, D. C., Ammerman, R. T., & Crosby, L. E. (2009). Mediators and moderators of outcome in the behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 945-953.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A Social Comparison Scale: Psychometric Properties and Relationship to Psychopathology. *Personal and Individual Differences*, 19, 293-299.
- Aluja, A., del Barrio, V., & Garcia, L. F. (2006). Comparison of several shortened versions of the EMBU: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 23-31.
- Alves, A. R., Carvalho, M., & Baptista, A. (2006). Enviesamentos na detecção de estímulos socialmente ameaçadores em jovens: Importância da natureza das tarefas e do tipo de estímulos, *Poster apresentado no VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Évora.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.)*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R (3rd, rev. ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Amir, N., Beard, C., & Bower, E. (2005). Interpretation bias and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 433-443.
- Amir, N., Coles, M. E., Brigidi, B., & Foa, E. B. (2001). The effect of practice on recall of emotional information in individuals with generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 76-82.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998a). Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 285-290.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998b). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 945-957.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (2000). Implicit memory bias for threat-relevant information in individuals with generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 713-720.
- Amir, N., McNally, R. J., Riemann, B. C., Burns, J., Lorenz, M., & Mullen, J. T. (1996). Suppression of the emotional Stroop effect by increased anxiety in patients with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 945-948.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Andrews, G., Stewart, G., Allen, R., & Henderson, A. S. (1990). The genetics of six neurotic disorders: A twin study. *Journal of Affective Disorders*, 19, 23-29.
- Angold, A., & Costello, E. J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 39-48.
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., & Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987a). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987b). *The Inventory of Parent and Peer Attachment: Mother, father, and peer attachment (revised edition)*. Department of Psychology: University of Washington.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 683-697.
- Arrindell, W. A., & van der Ende, J. (1984). Replicability and invariance of dimensions of parental rearing behaviour: Further Dutch experience with the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 5, 671-681.
- Arrindell, W. A., Akkerman, A., Bages, N., Feldman, L., Caballo, V., Oei, T. P. S., et al. (2005). The short-EMBU

- in Australia, Spain and Venezuela: Factorial Invariance, and Associations with Sex Roles, Self-Esteem, and Eysenckian Personality Dimensions. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 56-66.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., Brilman, E., & Monsma, A. (1983). Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. A Dutch form of the EMBU. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 163-177.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., Monsma, A., & Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 183-187.
- Arrindell, W. A., Kwee, M. G., Methorst, G. J., van der Ende, J., Pol, E., & Moritz, B. J. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M., van der Ende, J., Gasgner, P., Iawawaki, S., Maj, S., & Zhang, J. (1994). Parental rearing behaviour from a cross-cultural perspective: a summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and Psychopathology* (pp. 145-171). New York: John Wiley & Sons.
- Arrindell, W. A., Richter, J., Eisemann, M., Garling, T., Ryden, O., Hansson, S. B., Kasielke, E., Frindte, W., Guillholm, R., & Gustafsson, M. (2001). The short-EMBU in East-Germany and Sweden: a cross-national factorial validity extension. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 157-160.
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguillar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J., van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with Students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.
- Asmundson, G. J. G., & Stein, M. B. (1994). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 107-117.

- B**aer, S., & Garland, E. J. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 258-264.
- Bailey, K. A., Chavira, D. A., Stein, M. T., & Stein, M. B. (2006). Brief measures to screen for social phobia in primary care pediatrics. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 512-521.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Bobes, J., Beidel, D. C., Ono, Y., & Westenberg, H. G. (1998). Consensus statement on social anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 17, 54-60.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade aos exames: Aplicação do Reações aos Testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia*, 7, 39-49.
- Barret, P. (2004a). *FRIENDS for life: Group leaders manual for children*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barret, P. (2004b). *FRIENDS for life: Workbook for children*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barrett, P. (2005a). *FRIENDS for life: Group leaders manual for youth*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2005b). *FRIENDS for life: Workbook for youth*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Barrett, P., Lock, S., & Farrell, L. (2005). Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 539-555.
- Barrett, P., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000a). *FRIENDS program for children: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000b). *FRIENDS program for children: Parents' supplement*. Brisbane: Australian Academic Press.

- Barrett, P., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000c). *FRIENDS program for children: Participants workbook*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrios, B., & O'Dell, S. (1989). Fear and anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, M. T. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Becker, E. S., Roth, W. T., Andrich, M., & Margraf, J. (1999). Explicit memory in anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 153-163.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hoffer, M., Lieb, R., *et al.* (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistency risk for secondary depression in the first decades of life. *Archives of General Psychiatry, 64*, 903-912.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 545-552.
- Beidel, D. C., & Morris, T. L. (1995). Social phobia. In J. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Beidel, D. C., & Randall, J. (1994). Social Phobia. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 111-130). New York: Plenum Press.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 275-287.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder*. Washington: American Psychological Association
- Beidel, D. C., Christ, M. A. G., & Long, P. J. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 659-670.
- Beidel, D. C., Fink, C. M., & Turner, S. M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 257-269.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Children: A treatment manual*. Manuscripto não publicado, Medical University of South Carolina.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, B. J. (2006). Social effectiveness therapy for children: Five years later. *Behavior Therapy, 37*, 416-425.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M., & Dancu, C. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Behavior Therapy, 20*, 417-427.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 47-54.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B., & Paulson, A. (2005). Social effectiveness therapy for children: Three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 721-725.
- Beidel, D. C., Turner, S., & Morris, T. (1995). A New Inventory to Assess Childhood Social Anxiety and Phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment, 7*, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S., Sallee, F., Ammerman, R. T., Crosby, L. A., & Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 1622-1632.
- Bermejo, R., Garcia-López, L. J., & Hidalgo, M. D. (em preparação). Psychometric properties of the SoPhI in an adolescent Spanish population.
- Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J., & Faraone,

- S. V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1673-1679.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, *90*, 602-608.
- Biran, M., Augusto, F., & Wilson, G. T. (1981). *In vivo* exposure vs. cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behaviour Research and Therapy*, *19*, 525-532.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 1090-1094.
- Block, J. A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college Students with ACT or CBT. *The Behavior Analyst Today*, *1*, 3-10.
- Blote, A. W., & Westenberg, P. M. (2007). Socially anxious adolescents' perception of treatment by classmates. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 189-198.
- Blote, A. W., Kint, M. J., & Westenberg, P. M. (2007). Peer behavior toward socially anxious adolescents: Classroom observations. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2773-2779.
- Bobes, J. (1998). How is recovery from social anxiety disorder defined? *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, suppl 17, 12-16.
- Bogels, S., & Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *21*, 51-66.
- Bogels, S., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 205-211.
- Bogels, S., Rijsemus, W., & De Jong, P. J. (2002). Self-focused attention and social anxiety: the effects of experimentally heightened self-awareness on fear, blushing, cognitions and social skills. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 461-472.
- Bögels, S., Snieder, N., & Kindt, M. (2003). Specificity of dysfunctional thinking in children with symptoms of social anxiety, separation anxiety and generalized anxiety. *Behaviour Change*, *20*, 160-169.
- Boone, M. L., McNeil, D., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J., & Lewin, M. R. (1999). Multimodel comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 271-292.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. II: Separation: anxiety and anger). New York: Basic Books.
- Brown, E., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, *26*, 467-489.
- Bruch, M., & Heimberg, R. (1994). Differences in perception of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, *8*, 155-168.
- Bruch, M., Giordano, S., & Pearl, L. (1986). Differences between fearful and self-conscious shy subtypes in background and current adjustment. *Journal of Research in Personality*, *20*, 172-186.
- Bruch, M., Heimberg, R., Berger, P., & Collins, T. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, *2*, 57-65.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 651-657.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 642-650.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psychologica*, *16*, 5-18.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental. Uma abordagem ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carey, M. P., Faulstich, M. E., Gresham, F. M., Ruggiero, L., & Enyart, P. (1987). Children's Depression

- Inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 755-761.
- Cartwright-Hatton, S., Hodges, L., & Porter, J. (2003). Social anxiety in childhood: The relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 737-742.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: Social skills deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 131-141.
- Carvalho, M., & Baptista, A. (2006). Information processing bias related to social anxiety in children, *Comunicação apresentada no 36th Congress of the EABCT*. Paris.
- Carvalho, M., Baptista, A., Gonçalves, C., Ressureição, L., & Ferreira, P. (2006). Enviesamentos da atenção relacionados com a ansiedade às avaliações em crianças, *Poster apresentado no VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Évora.
- Carvalho, M., Esteves, F., Baptista, A., Cunha, O., Caseiro, M., & Marcelino, I. (2004). Attentional bias related to social anxiety in children, *Comunicação apresentada no 34th Congress of the EABCT*. Manchester.
- Casimiro, F., Carvalho, M., Baptista, A., & Esteves, F. (2005). Enviesamentos da memória implícita e explícita em jovens com ansiedade social excessiva, *Poster apresentado no 1º Congresso Internacional de Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Lusófona, "Highlights in Developmental Psychology"*. Lisboa.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., & Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1033-1039.
- Castaneda, A., McCandless, B. R., & Palermo, D. S. (1956). The children's form of the manifest anxiety scale. *Child Development*, 27, 317-326.
- Caster, J. B., Inderbitzen, H. M., & Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 237-251.
- Castro, J., de Pablo, J., Gomez, J., Arrindell, W. A., & Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspectives of the parents: a new form of the EMBU. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 230-235.
- Castro, J., Toro, J., Arrindell, W. A., van der Ende, J., & Puig, J. (1990). Perceived parental rearing style in Spanish adolescents, children and parents: three new forms of the EMBU. In C. N. Stefanis, A. D. Rabavilas & C. R. Soldatos (Eds.), *Psychiatry: a world perspective* (Vol. 4). Amsterdam: Elsevier Science Pub.
- Castro, J., Toro, J., Van der Ende, J., & Arrindell, W. A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *International Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 31, 307-315.
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 47-54.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171.
- Chen, Y. P., Ehlers, A., Clark, D. M., & Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687.
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (121-153). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research, and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). New York: Wiley.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (69-93). New York: Guilford.

- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experiential investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 253-257.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., H., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Clark, D., Turner, S., Beidel, D., Donovan, J., Kirisci, L., & Jacob, R. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- Cloitre, M., Cancienne, J., Heimberg, R. G., Holt, C. S., & Liebowitz, M. (1995). Memory bias does not generalize across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 305-307.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coles, M., Hart, T., & Heimberg, R. G. (2001). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia. In W. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research, and interventions relating to the self and shyness* (pp. 449-470). New York: Wiley.
- Compton, S. N., Nelson, A. H., & March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837.
- Cristoff, K. A., Scott, W. O. N., Kelly, M. L., Schlundt, D., Baer, G., & Kelly, J. A. (1985). Social skills and social problem-solving training for shy young adolescents. *Behavior Therapy*, 16, 468-477.
- Cruz, J. F. (1989). Incidência, desenvolvimento e efeitos da ansiedade aos exames nos testes e exames escolares. *Revista Portuguesa de Educação*, 2, 111-130.
- Cunha, A. (2003). *Anorexia Nervosa: vivências e percepções sobre a família*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Cunha, M. (2005). *Ansiedade social na adolescência: avaliação e trajetórias de desenvolvimento*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (submetido). A versão Portuguesa da Escala de Avaliação Retrospectiva de Inibição Comportamental: Estudo psicométrico da RSRI numa amostra de adolescentes da comunidade.
- Cunha, M., & Salvador, M. C. (em preparação). A versão Portuguesa da Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C): Um estudo exploratório.
- Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Salvador, M. C., & Alegre, S. (2004). Medos Sociais na Adolescência: A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.
- Curtis, R. C., & Miller, K. (1986). Believing another likes or dislikes you: Behaviors making the beliefs come true. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 284-290.

- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early inter-

- vention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for generalized social anxiety disorder. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- Dalrymple, K. L., Herbert, J. D., & Gaudio, B. A. (2007). Onset of illness and developmental factors in social anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 101-110.
- Daly, J. A., Vangelisti, A. L., & Lawrence, S. G. (1989). Self-focused attention and public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10, 903-913.
- Daniels, D., & Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, 21, 118-121.
- Dannahy, L., & Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1207-1219.
- Davidson, J. R., Hughes, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1994). The boundary of social phobia. Exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- Davidson, J. R., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Spijker, J., Beekman, A. T., & Vollebergh, W. A. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 1-11.
- Deffenbacher, J. (1980). Worry and emotionality in test anxiety. In I. G. Sarason (Ed.), *Test anxiety: theory, research and applications*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Degonda, M., & Angst, J. (1993). The Zurich study XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 95-102.
- DeWit, D. J., MacDonald, K., & Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- DeWit, D. J., Osborne, A., Offord, D. R., & MacDonald, K. (1999). Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, 29, 569-582.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: formas e contextos (vol. VI)*, 553-564.

- E**astwood, J. D., Smilek, D., Oakman, J. M., Farvolden, P., van Ameringen, M., Mancini, C., & Merikle, P. M. (2005). Individuals with social phobia are biased to become aware of negative faces. *Visual Cognition*, 12, 159-181.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Franklin, J. (2003). Postevent rumination and recall bias for a social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 603-617.
- Egger, H. L., Costello, E. J., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: a community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 797-807.
- Eifert, G., Schulte, D., Zvolensky, M. J., & Lau, A. W. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- Elizabeth, J., King, N., & Ollendick, T. H. (2004). Etiology of social anxiety disorder in children and youth. *Behaviour Change*, 28, 162-172.
- Emmelkamp, P. M., Mersch, P. P., Vissia, E., & van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1, 365-380.
- Epkins, C. C. (2002). A comparison of two self-report measures of children's social anxiety in clinic and community samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 69-79.
- Essau, C. A., & Barret, P. (2001). Developmental issues in the assessment of anxiety. In C. Essau & F. Petermann

- (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment* (pp. 75-110). New York: Brunner-Routledge.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 601-612.
- Esteves, F. (1999). Sesgos en el procesamiento de expresiones faciales emocionales. *Ansiedad y Estrés*, 5, 217-227.
- F**arrell, L., & Barrett, P. (2005). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): A pilot study. *Behaviour Change*, 22, 236-248.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G., & Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Feske, V., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure treatment fo social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Finch, A. J., Jr., Saylor, C. F., & Edwards, G. L. (1985). Children's depression inventory: Sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 424-425.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C., & Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 241-249.
- Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. C. (2000). Group versus individual cognitive behavioral treatment for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Flannery-Schroeder, E., Choudhury, M., & Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 253-259.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433-439.
- Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., Amir, N., & Freshman, M. (2000). Memory bias in generalized social phobia: Remembering negative emotional expressions. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 501-519.
- Fonseca, A. (1992). Uma escala de ansiedade para crianças e adolescentes: "O que eu penso e o que eu sinto". *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(I), 141-145.
- Fonseca, A. (1993). Medos em crianças e adolescentes: Um estudo sobre a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII(I), 75-92.
- Fonseca, A., Rebelo, J., Ferreira, J. A., Pires, C., Formosinho, M., Silva, J. T., & Gregório, M. (1999). Uma nova escala de ansiedade para crianças: A escala de Spence. *Psychologica*, 21, 97-111.
- Fox, J. E., Houston, B. K., & Pittner, M. S. (1983). Trait anxiety and children's cognitive behaviors in an evaluative situation. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 149-154.
- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- Franklin, M. E., Huppert, J., Langner, R., Leibert, S., & Foa, E. (2005). Interpretation bias: A comparison of treated social phobics, untreated social phobics, and controls. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 289-300.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Fyer, A., Mannuzza, S., Chapman, T., Liebowitz, M., & Klein, D. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 286-293.
- G**aines, B. N., Magruder, K. M., Wagner, H. R., Yarnall, K. S. H., & Broadhead, W. E. (1999). Does a coexisting anxiety disorder predict persistence of depressive illness in primary care patients with major depression? *General Hospital Psychiatry*, 21, 158-167.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for

- social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479.
- García-López, L. J. (2007). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones.
- García-López, L. J., Beidel, D. C., Hidalgo, M. D., Olivares, J., & Turner, S. M. (2008). Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 150-156.
- García-López, L. J., Bermejo, R., & Hidalgo, M. D. (em preparação). Psychometric properties of the SPIN in an adolescent Spanish population.
- García-López, L. J., Olivares, J., & Hidalgo, M. D. (2005). A pilot study of sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia in Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 385-392.
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006a). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- García-López, L. J., Olivares, J., Turner, S., Beidel, D. C., Albano, A. M., & Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 371-385.
- García-López, L. J., Ruiz, J., Olivares, J., Piqueras, J. A., Rosa, A. I., & Bermejo, R. (2006b). Aplicación de un programa de tratamiento multicomponente para adolescentes con ansiedad social en la población joven adulta: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 14, 65-75.
- Garvin, V., Leber, D., & Kalter, N. (1991). Children of divorce: Predictors of change following preventive intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 438-447.
- Gato, J. J. (2003). *Evolução e ansiedade social*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gazelle, H., & Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 74, 257-278.
- Geadá, M. (1990). Padrões de vinculação afectiva e níveis de desenvolvimento do auto-conhecimento em toxicodependentes e não toxicodependentes. *Jornal de Psicologia*, 9, 14-18.
- Gelernter, C. S., Stein, M. B., Tancer, M. E., & Uhde, T. W. (1992). An examination of syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 23-27.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbulic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.
- Gerlsma, C., Arrindell, W. A., Van den Veen, N., & Emmelkamp, P. M. (1991). A parental rearing style questionnaire for use with adolescents: Psychometric evaluation of the EMBU-A. *Personal and Individual Differences*, 12, 1245-1253.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (118-150). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2004). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.), *Evolutionary theory and cognitive therapy* (3-44). New York: Springer.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behaviour and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295-306.
- Gilbert, P., & Trower, P. (2001). Evolution and process in social anxiety. In W. Croizier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research, and interventions relating to the self and shyness*

- (pp. 259-280). New York: Wiley.
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E., & Amir, N. (1999). Attentional biases for facial expressions: The face-in-the-crowd paradigm. *Cognition and emotion*, *133*, 305-318.
- Gilmartin, B. G. (1987). Peer group antecedents of severe love-shyness in males. *Journal of Personality*, *55*, 467-489.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1997). *The Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Utility for youth with anxiety disorders*. Paper presented at the Annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Miami Beach, FL.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 175-185.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Wilhelm, K. A., & Malhi, G. S. (2005). Relationship between self-reported childhood behavioral inhibition and lifetime anxiety disorders in a clinical sample. *Depression and Anxiety*, *22*, 103-113.
- Gorman, J. M., Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Campeas, R., & Klein, D. F. (1985). Treatment of social phobia with atenolol. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *5*, 298-301.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science Practice*, *4*, 291-306.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*, 259-267.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2004). Assessment. In T. L. Morris & J. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 98-124). New York: The Guilford Press.
- 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*, 197-205.
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., & Ehreulich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and Commitment Therapy as an example. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (301-322). New York: Springer.
- Greenberg, M. T., Siegal, J., & Leitch, C. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *12*, 373-386.
- Gruner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *30*, 27-35.
- Gullone, E., & Robinson, K. (2005). The Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R) for Children: A psychometric investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 67-79.

- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 601-610.
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *26*, 3-12.
- Halford, K., & Foddy, M. (1982). Cognitive and social skills correlates of social anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, *21*, 17-28.
- Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, *3*, 435-456.
- Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A., & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 1183-1192.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). CBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, *35*, 35-54.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, M. T., & 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* (1-29). New York: Springer.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1991). New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 Suppl., 21-30.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (261-309). New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R. G., Dodge, K., Hope, D., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneider, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia. Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (189-212). New York: Springer.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the efficacy of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.
- Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Hertel, P. T., Brozovich, F., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2008). Biases in interpretation and memory in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 278-288.
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., & Ollendick, T. H. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 687-695.
- Hidalgo, R. B., Barnett, S. D., & Davidson, J. R. (2001). Social anxiety disorder in review: two decades of progress. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4, 279-298.
- Hignett, E., & Cartwright-Hatton, S. (2008). Observer perspective in adolescence: The relationship with social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 437-447.

- Himeno, Y., Nozaki, K., Ogura, Y., & Shimada, H. (2007). The investigation on the relationship between social skills acquisition and performance in children with social anxiety. *Poster apresentado no V Congresso Mundial de Terapias Comportamentais e Cognitivas* Barcelona.
- Hinde, R. A., & Tamplin, A. (1983). Relations between mother-child interaction and behavior in pre-school children. *British Journal of Developmental Psychology*, *1*, 231-257.
- Hinrichsen, H., & Clark, D. M. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*, 205-218.
- Hirsch, C. R., & Mathews, A. (2000). Impaired positive inferential bias in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 705-712.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., Mathews, A., & Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 909-921.
- Hirsch, C. R., Meynen, T., & Clark, D. M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, *12*, 496-506.
- Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N., Reznick, J. S., & Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 103-111.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K., & Rosenbaum, J. F. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year-follow up. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, *28*, 225-233.
- Hi-Young, K., Lars-Gunnar, L., & Allison, H. (2002). The enhancement of video feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety: A single session experiment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *33*, 19-37.
- Hodges, K., & Saunders, W. (1989). Internal consistency of a diagnostic interview for children: the Child Assessment Schedule. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *17*, 691-701.
- Hodges, K., Kline, J., Stern, L., Cytryn, L., & McKnew, D. (1982). The development of a child assessment interview for research and clinical use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *10*, 173-189.
- Hodges, K., McKnew, D., Burbach, D. J., & Roebuck, L. (1987). Diagnostic concordance between the Child Assessment Schedule (CAS) and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (K-SADS) in an outpatient sample using lay interviewers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *26*, 654-661.
- Hodges, K., Saunders, W. B., Kashani, J., Hamlett, K., & Thompson, R. J., Jr. (1990). Internal consistency of DSM-III diagnoses using the symptom scales of the Child Assessment Schedule. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 635-641.
- Hodson, K. J., McManus, F., Clark, D. M., & Doll, H. (2008). Can Clark and Well's (1995) cognitive model of social phobia be applied to young people? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*, 449-461.
- Hofmann, S. G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 717-725.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 393-399.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (454-476). New York: Guilford.
- Hofmann, S. G., & Bitran, S. (2007). Sensory-processing sensitivity in social anxiety disorder: Relationship to harm avoidance and diagnostic subtypes. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 944-954.
- Hofmann, S. G., & Loh, R. (2006). The Tridimensional Personality Questionnaire: changes during psychological treatment of social phobia. *Journal of Psychiatric Research*, *40*, 214-220.
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*. New York: Routledge.
- Hofmann, S. G., & Roth, W. T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy*, *27*, 79-91.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, *9*, 15-18.

- Hofmann, S. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 567-571.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, *24*, 769-796.
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D., Kim, H. J., & Taylor, A. N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 588-596.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 224-231.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 687-697.
- Hollandsworth, J., Glazeski, R., Kirkland, K., Jones, G. & Van Norman, L. (1979). An analysis of the nature and effects of test anxiety: Cognitive, behavioral and physiological components. *Cognitive Therapy and Research*, *3*, 165-180.
- Holle, C., Neely, J. H., & Heimberg, R. (1997). The effects of blocked versus random presentation and semantic relatedness of stimulus words on response to a modified Stroop Task among social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, *21*, 681-697.
- Holroyd, K. A., Westbrook, T., Wolf, M., & Badhorn, E. (1978). Performance, cognition, and physiological responding in test anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 442-451.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 318-325.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 637-650.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder and efficacy of cognitive behavior group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, *19*, 399-417.
- Hope, D., & Heimberg, R. G. (1988). Public and private self-consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 626-639.
- Hope, D., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach. Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hope, D., Heimberg, R., & Klein, J. F. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *4*, 185-195.
- Howell, D. (2007). *Statistical methods for psychology (6th ed.)*. USA: Thomson Wadsworth.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, *24*, 102-129.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1411-1427.
- Hummel, R. S., & Gross, A. M. (2001). Socially anxious children: An observational study of parent-child interaction. *Child and Family Behavior Therapy*, *23*, 19-41.
- Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Foa, E. B., & Mathews, A. (2007). Interpretation biases in social anxiety: Response generation, response selection, and self-appraisals. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1505-1515.
- Inderbitzen, H. M., & Foster, S. (1992). The Teenage Inventory of Social Skills: Development, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, *4*, 451-459.
- Inderbitzen, H. M., Walters, K. S., & Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, *26*, 338-348.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walters, K. S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 360-371.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., Anderson, E. R., & Johnson, H. S. (2007). Subjective versus objective behavioral ratings following two analogue tasks: A comparison of socially phobic and non-anxious adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 76-90.
- Ishiyama, F. I. (1984). Shyness: Anxious social sensitivity and self-isolating tendency. *Adolescence*, *19*, 903-911.

- Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 153-163.
- Joffe, R. D., Dobson, K. S., Fine, S., Marriage, K., & Haley, G. (1990). Social problem-solving in depressed, conduct-disordered, and normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 565-575.

- Johnson, H. S., Inderbitzen-Nolan, H. M., & Anderson, E. R. (2006). The Social Phobia Inventory: Validity and reliability in an adolescent community sample. *Psychological Assessment*, *18*, 269-277.
- Johnson, R. L., & Glass, C. R. (1989). Heterosocial anxiety and direction of attention in high school boys. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 509-526.
- Jupp, J. J., & Griffiths, M. D. (1990). Self-concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasising role plays. *Australian Psychologist*, *25*, 165-177.
- Juster, H. R., & Heimberg, R. G. (1995). Social phobia. Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, *18*, 821-842.

- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, *240*, 167-171.
- Kaminer, D., & Stein, D. (1999). Social anxiety disorder in children and adolescents. In H. G. M. Westenberg & J. A. d. Boer (Eds.), *Focus on psychiatric Social Anxiety Disorder* (pp.117-131): Syn-Thesis Publishers.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 313-318.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 37-61.
- Kashdan, T. B., & Hofmann, S. G. (2008). The high-novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *25*, 535-541.
- Katzelnick, D. J., & Greist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: An unrecognized problem in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62 Suppl 1*, 11-15; discussion 15-16.
- Kazdin, A. (2000). *Psychotherapy for children and adolescent: Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1980). *Research design in clinical psychology*. New York: Harper & Row, Publishers
- Kazdin, A. E., Esvelt-Dawson, K., Unis, A. S., & Rancurello, M. D. (1983). Child and parent evaluations of depression and aggression in psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *11*, 401-413.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A., & Colbus, D. (1986). The hopelessness scale for children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 241-245.
- Kearney, C. A. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*. New York: Springer.
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, *28*, 147-161.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, *108*, 85-94.
- Kendall, P. C. (1992). *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook publishing.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 100-110.
- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 724-730.
- Kendall, P. C., & Warman, M. (1997). Anxiety disorders in youth: Diagnostic consistency across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*, 366-380.
- Kendall, P. C., Aschenbrand, S. G., & Hudson, J. L. (2003). Child-focused treatment of anxiety. In A. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (81-100). New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessa, F. M., & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: Cognitive behavioral interventions*. Boston: Allyn & Bacon.

- Kendall, P. C., Choudhury, M., Hudson, J., & Webb, A. (2002a). *The C.A.T. project therapist manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Choudhury, M., Hudson, J., & Webb, A. (2002b). *The C.A.T. project workbook for the cognitive-behavioral treatment of anxious adolescents*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. H. (1998). Breathing life into a manual. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 177-198.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 366-380.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sodd, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 987-993.
- Kendall, P. C., Stark, K. D., & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 255-270.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heritability. *Psychological Medicine, 29*, 539-553.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry, 49*, 273-281.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl, 108*, 19-27.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1026-1032.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 29*, 555-567.
- Kessler, R. C., Stein, M. B., & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry, 155*, 613-619.
- Kim, H.-Y., Lundh, L.-G., & Harvey, A. G. (2002). The enhancement of video feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 33*, 19-37.
- King, N. J., Gullone, E., & Ollendick, T. H. (1992). Manifest anxiety and fearfulness in children and adolescents. *Journal of Genetic Psychology, 153*, 63-73.
- Kocovski, N. L., & Rector, N. A. (2007). Predictors of post-event rumination related to social anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*, 112-122.
- Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2007). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 971-984.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin, 21*(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. New York: Multi-Health Systems.

- L**a Greca, A. M. (1998). *Manual and instructions for the Social Anxiety Scales for Children and for Adolescents*. University of Miami, Coral Gables, Florida.
- La Greca, A. M. (1999). *Manual and instructions for the SASC, SASC-R, SAS-A (Adolescents), and parent versions of the scales*. University of Miami, Coral Gables, Florida.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 83-94.
- La Greca, A. M., & Stone, W. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concur-

- rent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- La Greca, A. M., Dandes, S., Wick, P., Shaw, K., & Stone, W. (1988). Development of the social anxiety scale for children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91.
- Ladd, G. W., & Goiter, B. S. (1988). Parents' management of preschoolers' peer relations: Is it related to children's social competence? *Developmental Psychology*, 24, 109-117.
- Laitinen-Krispijn, S., Van der Ende, J., Wierdsma, A. I., & Verhulst, F. C. (1999). Predicting adolescent mental health service use in a prospective record-linkage study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1073-1080.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 55-64.
- Leary, M. (1983). *Understanding social anxiety: Social, personality and clinical perspectives*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Leary, M., & Kowalski, R. (1995). The Self-presentation Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 94-112). New York: Guilford Press.
- Leary, M., Kowalski, R., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*, 22, 308-321.
- Leclercq, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *Journal Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 17), 33-38.
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 93-105.
- Leon, A. C., Shear, M. K., Portera, L., & Klerman, G. L. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: The Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 78-82.
- Lépine, J. P., & Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Neuropharmacology*, 18 (suppl. 2), S15-S26.
- Lepine, J. P., & Pelissolo, A. (1998). Social phobia and alcoholism: A complex relationship. *Journal of Affective Disorders*, 50 Suppl 1, S23-S28.
- Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T. J., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R., & Liebowitz, M. R. (1993). Responses of "generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 202-221.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
- Lieberman, M., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (1999). Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: Associations with peer relations. *Child Development*, 70, 202-213.
- Liebert, R. M., & Morris, L. W. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20, 975-978.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J., Fyer, A., Campeas, R., Levin, A., Davies, S., et al. (1985). Psychopharmacological treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 610-614.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S. H., Bruch, M. A., Marshall, R. D., & Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies,

- J., Gully, R. *et al.* (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Archives General Psychiatry*, *49*, 290-300.
- Lobovits, D. A., & Handal, P. J. (1985). Childhood depression: Prevalence using DSM-III criteria and validity of parent and child depression scales. *Journal of Pediatric Psychology*, *10*, 45-54.
- Loeber, R., Green, S. M. & Lahey, B. B. (1990). Mental health professionals' perception of the utility of children, mothers, and teachers as informants on child psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 136-143.
- Lourenço, A. R., Carvalho, M., Baptista, A., & Esteves, F. (2005). Enviesamentos na interpretação de expressões faciais e cenários ambíguos em jovens com ansiedade social excessiva, *Poster apresentado no 1º Congresso Internacional de Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Lusófona, "Highlights in Developmental Psychology"*. Lisboa.
- Lowe, P. A., Lee, S. W., Witteborg, K. W., Prichard, K. M., Luhr, M. E., Cullinan, C. M., Mildren, B. A., Raad, J. M., Cornelius, R. A., & Janik, M. (2008). The Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents (TAICA). *Journal of Psychoeducational Assessment*, *26*, 215-246.
- Lowry-Webster, H. M., Barret, P. M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from Australian study. *Behaviour Change*, *18*, 36-50.
- Lucock, M. P., & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 297-302.
- Lundh, L. G., & Ost, L. G. (1996). Recognition bias for critical faces in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 787-794.
- Lundh, L. G., & Ost, L. G. (1997). Explicit and implicit memory bias in social phobia. The role of subdiagnostic type. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 305-317.
- Lundh, L. G., & Sperling, M. B. (2002). Social anxiety and the post-event processing of socially distressing events. *Cognitive Behaviour Therapy*, *31*, 129-134.

- M**agee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 159-168.
- Maidenberg, E., Chen, E., Craske, M., Bohn, P., & Bystritsky, A. (1996). Specificity of attentional bias in panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*, 529-541.
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: attachment and anxiety disorders. In W. K. Silverman & P. D. A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment, and intervention* (pp. 255-273). Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, *18*, 153-161.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., MOnaga, S., & Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1423-1430.
- Mancini, C., van Ameringen, M., Szatmari, P., Fugere, C., & Boyle, M. (1996). A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1511-1517.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia. Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 230-237.
- Mansell, W., & Clark, D. M. (1999). How do I appear to others? Social anxiety and processing of the observable self. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 419-434.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 554-565.
- Marks, I. M. & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, *123*, 218-221.

- Markus, M. T., Lindhout, I., Boer, F., Hoogendijk, T. H. G., & Arrindell, W. A. (2003). Factors of perceived parental rearing styles: The EMBU-C examined in a sample of Dutch primary school children. *Personality and Individual Differences, 34*, 503-519.
- Marmorstein, N. R. (2006). Generalized versus performance-focused social phobia: Patterns of comorbidity among youth. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 778-793.
- Marques, L. (2008). *Perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes: variáveis temperamentais, familiares e sociais*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Marshall, J. R. (1994). *Social phobia*. New York: Basic Books.
- Marujo, H. M. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Masia, C. L., & Morris, T. L. (1998). Parental factors associated with social anxiety: Methodological limitations and suggestions for integrated behavioral research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 211-228.
- Masia, C. L., Beidel, D. C., Albano, A. M., Rapee, R. M., Turner, S. M., Morris, T. L., et al. (1999). *Skills for Academic and Social Success*: Available from Carrie Masia-Warner, PhD, New York University School of Medicine, Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13th, New York, NY 10016.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 780-786.
- Masia-Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 676-686.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*, 707-722.
- Masia-Warner, C., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1076-1084.
- Matson, J., Rotatori, A., & Helsel, W. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy, 21*, 335-340.
- Mattia, J. I., Heimberg, R., & Hope, D. (1993). The revised Stroop colour naming-task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 305-313.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 455-470.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 3-23.
- McDonald, A. S. (2001). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educational Psychology, 21*, 89-101.
- McEvoy, P. M., & Kingsep, P. (2006). The post-event processing questionnaire in a clinical sample with social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1689-1697.
- McEwan, K. L., & Devins, G. M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 417-421.
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment, 8*, 3-10.
- McFall, R. M., & Lillesand, D. B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 313-323.
- McFall, R. M., & Marston, A. R. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology, 76*, 295-303.
- McManus, F., Clark, D. M., & Hackmann, A. (2000). Specificity of cognitive biases in social phobia and their role in recovery. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28*, 201-209.

- McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann, A., Waddington, L., Linen, S., & Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 496-503.
- McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D. M. (2008). Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*, 147-161.
- McNeil, D., Ries, B. J., Taylor, L., J., Boone, M. L., Carter, L. E., Turk, C. L., & Lewin, M. R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 47-57.
- McShane, G., Walter, G., & Rey, J. M. (2004). Functional outcome of adolescents with "school refusal". *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9*, 53-60.
- Melfsen, S., & Florin, I. (2000). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? *Journal of Nonverbal Behavior, 26*, 109.
- Melfsen, S., Osterlow, J., & Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 249-261.
- Mellings, T. M., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 243-257.
- Melo, A. I. (2006). *Ansiedade aos exames em contexto universitário*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological Psychiatry, 51*, 81-91.
- Merikangas, K. R., Lieb, R., Wittchen, H. U., & Avenevoli, S. (2003). Family and high-risk studies of social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108* (Suppl.), 28-37.
- Messer, S. C., & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 975-983.
- Michelson, K., Kessler, R., & Shaver, P. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1092-1106.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. & Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca.
- Mick, M. A., & Telch, M. J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 1-20.
- Miers, A. C., Blote, A. W., Bogels, S. M., & Westenberg, P. M. (2008). Interpretation bias and social anxiety in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1462-1471.
- Mills, R. S. L., & Rubin, K., H. (1998). Are behavioral and psychological control both differentially associated with childhood aggression and social withdrawal? *Canadian Journal of Behavioral Science, 30*, 132-136.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (1995). Conditioning and ethological models of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 134-162). New York: Guilford Press.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 1403-1414.
- Mogg, K., Philippot, P., & Bradley, B. P. (2004). Selective attention to angry faces in clinical social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 160-165.
- Moncher, F. J., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review, 11*, 247-266.
- Moore, K. A., & Gee, D. L. (2003). The reliability, validity, discriminant and predictive properties of the Social Phobia Inventory (SoPhI). *Anxiety, Stress, and Coping, 16*, 109-117.
- Moras, K. (1993). The use of treatment manuals to train psychotherapists. *Psychotherapy, 30*, 581-586.
- Morgado, C. (2008). *Inibição comportamental: Avaliação e importância na ansiedade social*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra Coimbra.
- Morgado, C., & Pinto-Gouveia, J. (2003). O Inventário de Ameaça Parental. Tradução não publicada.
- Morgan, H., & Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*, 503-510.

- Morgan, J., & Banerjee, R. (2008). Post-event processing and autobiographical memory in social anxiety: The influence of negative feedback and rumination. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1190-1204.
- Morgan, J., & Banerjee, R. (2006). Social anxiety and self-evaluation of social performance in a nonclinical sample of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 292-301.
- Morris, L. W., & Liebert, R. M. (1970). Relationship of cognitive and emotional components of test anxiety to physiological arousal and academic performance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 332-337.
- Morris, T. L. (2004). Treatment of social phobia in children and adolescents. In P. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 171-186). Chichester: John Wiley & Sons.
- Morris, T. L., & Masia, C. L. (1998). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Concurrent validity and normative data. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 452-458.
- Morris, T. L., Messer, S. C., & Gross, A. M. (1995). Enhancement of the social interaction and status of neglected children: A peer-pairing approach. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 11-20.
- Mortberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., & Aberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*, 142-154.
- Moscovitch, D. A., Hofmann, S. G., Suvak, M. K., & In-Albon, T. (2005). Mediation of changes in anxiety and depression during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 945-952.
- Moser, J. S., Hajcak, G., Huppert, J., Foa, E., & Simons, R. F. (2008). Interpretation bias in social anxiety as detected by event-related brain potentials. *Emotion, 8*, 693-700.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Mueller, E. M., Hofmann, S. G., Santesso, D. L., Meuret, A. E., Bitran, S., & Pizzagalli, D. A. (2009). Electrophysiological evidence of attentional biases in social anxiety disorder. *Psychological Medicine, 39*, 1141-1152.
- Mulkens, S., de Jong, P. J., Dobbelaar, A., & Bogels, S. M. (1999). Fear of blushing: Fearful preoccupation irrespective of facial coloration. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 1119-1128.
- Muris, P., Bogels, S., Meesters, C., van der Kamp, N., & van Oosten, A. (1996). Parental rearing practices, fearfulness, and problem behavior in clinically referred children. *Personal and Individual Differences, 21*, 813-818.
- Muris, P., Bosma, H., Meesters, C., & Schouten, E. (1998). Perceived parental rearing behaviours: A confirmatory factor analytic study of the Dutch EMBU for children. *Personality and Individual Differences, 24*, 439-442.
- Muris, P., Meesters, C., & van Brakel, A. (2003). Assessment of anxious rearing behaviors with a modified version of "Egna Minnen Beträffande Uppfostran" Questionnaire for children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 25*, 229-237.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in nonreferred, socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 348-359.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van Brakel, A., Thissen, S., Moulart, V., & Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 29*, 327-339.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2004). ACT with children, adolescents and their parents. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (249-271). New York: Springer.
- Myers, M. G., Stein, M. B., & Aarons, G. A. (2002). Cross validation of the Social Anxiety Scale for Adolescents in a high school sample. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 221-232.

Neal, J. A., Edelmann, R. J., & Glachan, M. (2002). Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 361-374.

Neves, L., Soares, I., & Silva, M. C. (1999). Inventário da Vinculação na Adolescência- IPPA. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 37-48). Braga: APPORT/SHO.

- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy, 25*, 503-517.
- Norton, P. J., & Hope, D. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: Self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy, 32*, 765-786.

- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry, 157*, 521-527.
- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., & Garcia-López, L. J. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada*: Manuscrito não publicado.
- Olivares, J., & Garcia-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual, 9*, 247-254.
- Olivares, J., Garcia-López, L. J., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents - Spanish version*. Manuscrito não publicado.
- Olivares, J., Garcia-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S., Albano, A. M., & Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual, 10*, 147-164.
- Olivares, J., Garcia-López, L. J., Hidalgo, M. D., & Caballo, V. (2004). Relationships among social anxiety measures and their invariance: A confirmatory factor analysis. *European Journal of Psychological Assessment, 20*, 172-179.
- Olivares, J., Garcia-López, L. J., Hidalgo, M. D., La Greca, A., Turner, S., & Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for the two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*, 467-476.
- Olivares, J., Garcia-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 21*, 67-78.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., & Garcia-López, L. J. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: Un campo emergente. *Psicología Conductual, 10*, 523-542.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., Garcia-López, L. J., Rosa, A. I., & Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 85-97.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J. (2008). Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 465-481.
- Oliveira, C., Santos, P., Simões, P., Veiga, L., Joaquim, A., Piçarra, C., et al. (1997). Resultados da aplicação de uma versão portuguesa da CAS (Child and Adolescent Assessment Schedule). *Psiquiatria Clínica, 18*, 95-105.
- Ollendick, T. H. (1981). Assessment of social interaction skills in school children. *Behavioral Counseling Quarterly, 1*, 227-243.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Surgery Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy, 21*, 685-692.
- Ollendick, T. H., & Yule, W. (1990). Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 126-129.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block-Lerner, J., LeJeune, C., & Herbert, J. D. (2004). ACT with anxiety disorders. In S. C. Hayes (Ed.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (103-132). New York: Springer.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6*, 397-416.
- Öst, L. G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients.

Behaviour Research and Therapy, 19, 439-447.

Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., 3rd, McArdle, E. T., & Rosenbaum, J. F. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.

- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry*, 135, 555-560.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Parr, C. J., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Social anxiety in adolescents: The effect of video feedback on anxiety and the self-evaluation of performance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 46-54.
- Partridge, T. (2003). Biological and caregiver correlates of behavioral inhibition. *Infant and Child Development*, 12, 71-87.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 68, 221-233.
- Peleg-Popko, O. (2002). Children's test anxiety and family interaction patterns. *Anxiety, Stress, and Coping*, 15, 45-59.
- Pereira, A. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e proteção para a gravidez na adolescência*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, A. I., & Mendonça, D. (2005). O stress escolar na transição de escolas do 1º para o 2º ciclo do ensino básico: a versão portuguesa do Questionário de Avaliação do Stress Escolar. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 89-107.
- Perez-Lopez, J. R., & Woody, S. R. (2001). Memory for facial expressions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 967-975.
- Perini, S. J., Abbott, M., & Rapee, R. M. (2006). Perception of performance as a mediator in the relationship between social anxiety and negative post-event rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 645-659.
- Perrin, S., & Last, C. G. (1993). Do childhood anxiety measures measure anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567-578.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274.
- Persons, J. B. (2001). Conducting effectiveness studies in the context of evidence-based clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 168-172.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Piacentini, J., Shaffer, D., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Davies, M., & Gioia, P. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): III. Concurrent criterion validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 658-665.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2000). Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Auto-resposta. In J. P. Gouveia (Ed.), *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social* (pp. 237-258). Coimbra: Quarteto.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 291-311.
- Piqueras, J. A. (2005). *Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Murcia, Murcia.
- Politano, P. M., Nelson, W. M., Evans, H. E., Sorenson, H. E., & Zeman, D. S. (1986). Factor analytic evaluation of differences between Black and Caucasian emotionally disturbed children on the Children's Depression

- Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 1-7.
- Ponciano, E., Loureiro, L., Pereira, A., & Spielberger, C. (2005). *Características psicométricas e estrutura factorial do TAI de Spielberger em estudantes universitários*. Comunicação apresentada na Acção Social e Aconselhamento no Ensino Superior, Investigação e Intervenção, Coimbra.
- Poulton, R. G., & Andrews, G. (1996). Change in danger cognitions in agoraphobia and social phobia during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 413-421.
- Prins, P. J., & Hanewald, G. J. (1997). Self-statements of test-anxious children: Thought-listing and questionnaire approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 440-447.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 461-468.
- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Scholl-aged Children*. New York: State Psychiatric Institute.

- R**achman, S., Gruter-Andrew, J., & Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617.
- Ramos, V., Piqueras, J. A., & García-López, L. J. (2008). Análisis de la eficacia y eficiencia del empleo del video-feedback en el tratamiento de adolescentes con un trastorno de ansiedad social. *Clínica y Salud*, 19, 249-264.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (41-66). New York: Guilford Press.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia*. Lanham: Rowman & Littlefield, Inc.
- Rapee, R. M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125-129.
- Rapee, R. M., & Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 315-322.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rapee, R. M., & Melville, L. F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5, 7-11.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Rapee, R. M., & Sweeney, L. (2001). Social phobia in children and adolescents: nature and assessment. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. (pp. 505-523). New York: Wiley.
- Rapee, R. M., Gaston, J. E., & Abbott, M. (2009). Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 317-327.
- Rapee, R. M., McCallum, S. L., Melville, L. F., Ravenscroft, H., & Rodney, J. M. (1994). Memory bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 89-99.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2000). *Treating your anxious child: An evidence-based approach*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T., & Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry, Suppl*, 34, 24-28.

- Reich, J. H. (1988). A family history method for DSM-III anxiety and personality disorders. *Psychiatry Research*, 26, 131-139.
- Reich, J. H., & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 72-75.
- Reich, J., Goldenberg, I., Goisman, R., Vasile, R., & Keller, M. (1994). A prospective, follow-along study of the course of social phobia: II. Testing for basic predictors of course. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 297-301.
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R. & Calapez, T. (2001). Estatística aplicada, vol.2 (4ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Reynolds, C. R. (1980a). Concurrent validity of "What I think and feel": The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 774-775.
- Reynolds, C. R. (1980b). Differential construct validity of a preschool battery for blacks, whites, males, and females. *Journal of School Psychology*, 18, 112-125.
- Reynolds, C. R., & Paget, K. D. (1981). Factor analysis of the revised Children's Manifest Anxiety Scale for blacks, whites, males, and females with a national normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 352-359.
- Reynolds, C. R., & Paget, K. D. (1983). National normative and reliability data for the Revised Children's Manifest Scale. *School Psychology Review*, 12, 324-336.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1979). Factor structure and construct validity of "What I Think and Feel": The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Personality Assessment*, 43, 281-283.
- Reznick, J. S., Hegeman, I. M., Kaufman, E. R., Woods, S. W., & Jacobs, M. (1992). Retrospective and concurrent self-report of behavioral inhibition and their relation to adult mental health. *Developmental Psychology*, 4, 301-321.
- Rheingold, A. A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 639-655.
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2005). A comparison of attentional biases and memory biases in women with social phobia and major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 62-74.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A. et al. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Ronan, K. R., Kendall, P. C., & Rowe, M. (1994). Negative Affectivity in children: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 509-528.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J., Snidman, N., & Reznick, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatric Research*, 25, 49-65.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Pollock, R. A., & Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 Suppl, 10-16.
- Rowe, D. C., Stever, C., Gard, J. M., Cleveland, H. H., Sanders, M. L., Abramowitz, A., Kozol, S. T., Mohr, J. H., Sherman, S. L., & Waldman, I. D. (1998). The relation of the dopamine transporter gene (DAT1) to symptoms of internalizing disorders in children. *Behavior Genetics*, 28, 215-225.
- Rubin, K. H., Cheah, C. S. L., & Fox, N. A. (2001). Emotional regulation, parenting, and the display of social reticence in preschoolers. *Early Education and Development*, 12, 97-115.
- Rubin, K. H., Hastings, P. D., Stewart, S. L., Henderson, H. A., & Chen, X. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children, all of the time. *Child Development*, 68, 467-483.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.

- Saboonchi, F., Lundh, L. G., & Ost, L. G. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 799-808.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salvador, M. C. (1997). *Processamento de informação na fobia social: O teste de Stroop modificado*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Salvador, M. C., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (em preparação). A Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA): Características psicométricas.
- Salvador, M. C., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (em preparação). A Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA): Características psicométricas.
- Sanchez, R. (2008). *Eficacia de la intervención en adolescentes con fobia social, con y sin reestructuración cognitiva, entre los 10 y los 14 años*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Murcia, Espanha.
- Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). *A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups*. New York: Plenum Press.
- Sarason, I. G. (1984). Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938.
- Sarason, I. G. (1988). Anxiety, self-preoccupation and attention. *Anxiety Research*, 1, 3-7.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1996). *Cognitive interference. Theories, methods, and findings*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa e Silva, J. A., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., von Korff, M., & Wittchen, H. U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-824.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Jr., Furey, W., Baskin, C. H., & Kelly, M. M. (1984a). Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 977-985.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Jr., Spirito, A., & Bennett, B. (1984b). The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Scharfe, E. (2002). Reliability and validity of an interview assessment of attachment representations in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 17, 532-551.
- Scher, C. D., Stein, M. B., Ingram, R. E., Malcarne, V. L., & McQuaid, J. R. (2002). The Parent Threat Inventory: development, reliability, and validity. *Child Abuse and Neglect*, 26, 207-225.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schneier, F. R., Martin, L. Y., Liebowitz, M., Gorman, J., & Fyer, A. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 15-23.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The children's automatic thoughts scale. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1091-1109.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Schwab-Stone, M., Fallon, T., Briggs, M., & Crowther, B. (1994). Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years: A test-retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1048-1054.
- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Scotti, J. R., Evans, I. M., Meyer, L. H., & Walker, P. (1991). A meta-analysis of intervention research with problem behavior: Treatment validity and standards of practice. *American Journal of Mental Retardation*, 96, 233-256.

- Seipp, B. (1991). Anxiety and academic performance: A meta-analysis of findings. *Anxiety Research, 4*, 27-41.
- Seligman, L. D. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy, 2*, 307-320.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*, 965-974.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 28-38.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, C. K., & Regier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 643-650.
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R., & Elliott, S. N. (1990). Behavioral consultation with parents and teachers: Delivering treatment for socially withdrawn children at home and school. *School Psychology Review, 19*, 33-52.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 525-535.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996a). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version, *Child Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996b). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent version., *Parent Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 995-1003.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Rabian, B., & Serafini, L. T. (1999). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 675-687.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 995-1003.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 937-944.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14*, 25-39.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Hofler, M., Kessler, R. C., & Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry, 15*, 67-74.
- Spector, I. P., Pecknold, J. C., & Libman, E. (2003). Selective attentional bias related to the noticeability aspect of anxiety symptoms in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 517-531.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 545-566.
- Spence, S. H., & Donovan, C. (1998). Interpersonal problems. In P. J. Graham (Ed.), *Cognitive behaviour therapy for children and families* (217-245). New York: Cambridge University Press.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 713-726.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting

- Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Gonzalez, H. P., Taylor, J. C., Anton, E. D., Algaze, B., Ross, G. R., *et al.* (1980). *Test Anxiety Inventory: Preliminary professional manual*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Spielberger, C., Gonzalez, H. P., Taylor, C. J., Algaze, B., & Anton, E. D. (1978). Examination stress and test anxiety. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 5). New York: John Wiley & Sons.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sposari, J. A., & Rapee, R. M. (2007). Attentional bias toward facial stimuli under conditions of social threat in socially phobic and nonclinical participants. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 23-37.
- Stangier, U., Heidenreich, T., & Schermelleh-Engel, K. (2006). Safety behaviors and social performance in patients with generalized social phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20*, 17-31.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 991-1007.
- Stark, K. D., & Laurent, J. (2001). Joint factor analysis of the Children's Depression Inventory and the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 552-567.
- Stefanek, M. E., Ollendick, T. H., Baldock, W. P., Francis, G., & Yaeger, N. J. (1987). Self-statements in aggressive, withdrawn, and popular children. *Cognitive Behavior Therapy and Research, 2*, 229-239.
- Stein, M. B., & Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 50 Suppl 1*, S11-16.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1606-1613.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kozak, M. V., Tancer, M. E., Lander, S., Furer, P., Chubaty, D., & Walker, J. R. (1998). A direct-interview family study of generalized social phobia. *American Journal of Psychiatry, 155*, 90-97.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Kozak, M. V., King, N., & Kennedy, J. L. (1998). Genetic linkage to the serotonin transporter protein and 5HT2A receptor genes excluded in generalized social phobia. *Psychiatry Research, 81*, 283-291.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry, 58*, 251-256.
- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Laffaye, C., & McCahill, M. E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice, 48*, 514-519.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry, 57*, 1046-1052.
- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (1996). Public-speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry, 53*, 169-174.
- Steiner, H., Erickson, S. J., Hernandez, N. L., & Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health, 30*, 326-335.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 526-531.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 255-267.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 273-283.
- Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence, 27*, 351-362.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W., & Fisher, P. H. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders, 18*, 665-679.
- Strauss, C. C., & Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 141-152.
- Strauss, C. C., Frame, C. L., & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in chil-

- dren. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235-239.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y., & Lavallee, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 714-719.
- Suveg, S., Kendall, P. C., Comer, J. S., & Robin, J. (2006). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 77-85.
- Sweeney, L., & Rapee, R. M. (2001). Social phobia. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: epidemiology, risk factors and treatment* (pp. 163-192). New York: Brunner-Routledge.

- T**abachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics*. USA: Pearson Education.
- Taris, T. W. (2000). *A primer in longitudinal data analysis*. London: Sage.
- Taylor, J. (1951). The relationship of anxiety to the conditioned eyelid response. *Journal of Experimental Psychology*, 41, 81-92.
- Taylor, J. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 48, 285-290.
- Taylor, J., & Deane, F. P. (2002). Development of a short form of the Test Anxiety Inventory (TAI). *Journal of General Psychology*, 129, 127-136.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 497-505.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? *Clinical Psychology Review*, 16, 157-172.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., & Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Turner, S. M., Stanley, M. A., Beidel, D. C., & Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 221-234.

- U**hde, T. W., Tancer, M. E., Black, B., & Brown, T. M. (1991). Phenomenology and neurobiology of social phobia: Comparison with panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 Suppl, 31-40.

- V**an Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Oakman, J. M. (1998). The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 425-431.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G., & Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99.

- Vasey, M. W., & Daleiden, E. L. (1996). Information-processing pathways to cognitive interference in childhood. In I. G. Sarason, G. R. Pierce & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Vasey, M. W., el-Hag, N., & Daleiden, E. L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high- and low-test-anxious children. *Child Development*, *67*, 1173-1185.
- Vassipoulos, S. P. (2005). Anticipatory processing plays a role in maintaining social anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, *18*, 321-332.
- Veljaca, K. A., & Rapee, R. M. (1998). Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 311-321.
- Velting, O. N., & Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 127-140.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 901-909.
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K., & Beery, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*, 189-196.
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, *29*, 57-67.
- Voncken, M. J., Bogels, S. M., & de Vries, K. (2003). Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1481-1488.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 59-75.

- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1995). Social anxiety and standard-setting following social success or failure. *Cognitive Research and Therapy*, *19*, 613-631.
- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 416-424.
- Walters, K. S., & Inderbitzen, H. M. (1998). Social anxiety and peer relations among adolescents: Testing a psychobiological model. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 183-198.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 620-630.
- Warren, R., Good, G., & Velten, E. (1984). Measurement of social-evaluative anxiety in junior high school students. *Adolescence*, *19*, 643-648.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 637-644.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 448-457.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 5-13.
- Weiller, E., Bissierbe, J. C., Boyer, P., Lepine, J. P., & Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: An unrecognised undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 169-174.
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, P. M., Carey, G., Nelson, W. M., & Finch, A. J. (1991). Developmental differences in the factor structure of the Children's Depression Inventory. *Psychological Assessment*, *3*, 38-45.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A., & Clark, D. M. (1997). Social phobia: A cognitive approach. In G. C. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (3-26). Chichester: Wiley.
- Wells, A., & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, *29*, 357-370.

- Wells, A., Clark, D. M., & Ahmad, S. (1998). How do I look with my minds eye: Perspective taking in social phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 631-634.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social Phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wenzel, A., Jackson, L. C., & Holt, C. S. (2002). Social phobia and the recall of autobiographical memories. *Depression and Anxiety*, 15, 186-189.
- Wenz-Gross, M., Siperstein, G. N., Untch, A. S., & Widaman, K. F. (1997). Stress, social support, and adjustment of adolescents in Middle School. *Journal of Early Adolescence*, 17, 129-151.
- Wilkinson, J. & Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design, and management of training*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wilson, J., & Rapee, R. M. (2005). Interpretative biases in social phobia: Content specificity and the effects of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 315-331.
- Wine, J. (1971). Test anxiety and direction of attention. *Psychological Bulletin*, 76, 92-104.
- Wittchen, H. U., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 15-23.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 108, 4-18.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wolfe, V. V., Finch, A. J., Jr., Saylor, C. F., Blount, R. L., Pallmeyer, T. P., & Carek, D. J. (1987). Negative affectivity in children: A multitrait-multimethod investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 245-250.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31, 335-342.
- Woody, S. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69.
- Woody, S., & Rodriguez, B. F. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488.
- Woody, S., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 117-129.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1994). *Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 23, 117-123.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1069-1075.

Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. New York: Plenum Press.

Zettle, R. D. & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.

Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Hofer, M., Pfister, H., Kessler, R. C., & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.

A
NEXOS

ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA AS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE
NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – ADIS-C
(Silverman & Albano, 1996; versão Portuguesa Cunha & Salvador, em preparação)

Sumário dos diagnósticos actuais de acordo com o DSM-IV e classificação da gravidade clínica

	Diagnóstico principal	Classificação da gravidade avaliada pelo clínico	Diagnósticos adicionais	Classificação da gravidade avaliada pelo clínico
Eixo I				

Secção da ADIS-C referente às relações interpessoais

Relações interpessoais

Agora queria fazer-te algumas perguntas acerca dos amigos

1a. Primeiro, gostava de saber se achas que tens mais amigos do que a maioria das crianças/adolescentes, menos do que a maioria das crianças/adolescentes ou mais ou menos o mesmo número de amigos que as outras crianças/adolescentes?

- Mais do que a maioria das crianças/adolescentes
- Menos do que a maioria das crianças/adolescentes
- O mesmo que as outras crianças/adolescentes
- Outro

Se a criança/adolescente responder “menos” ou “não tenho amigos”, deve fazer-se a questão 1b.

1b. Se pudesses, gostavas de ter mais amigos? Sim Não Outro

2a Tens algum melhor amigo? Sim Não Outro

2b. Há quanto tempo é que são amigos? Sim Não Outro

3. Achas que tens dificuldade em fazer amigos? Sim Não Outro

4. Quando fazes amigos, costumavas ter dificuldade em os manter? Sim Não Outro

5. Que género de coisas é que costumavas gostar de fazer com os teus amigos? (perguntar acerca de actividades sociais)

6a. Fazes parte de algum clube ou grupo ou jogas nalguma equipa? Sim Não Outro

6b. Se a resposta for “Não” perguntar, Alguma vez fizeste? Sim Não Outro

Se a resposta for “Sim” à questão 6a ou 6b perguntar, A que grupo ou clube pertenceste ou que desporto(s) praticaste? Quando?

7. Se pudesses escolher, passavas a maior parte do teu tempo com outras crianças/adolescentes ou sozinho(a)?

- Com outras crianças/adolescentes
- Sozinho
- Outro

Secção da ADIS-C referente ao diagnóstico de fobia social

Fobia social (Perturbação de ansiedade social)

Perguntas iniciais

Algumas crianças/adolescentes costumam sentir-se muito assustadas(os) ou desconfortáveis em situações em que tenham que estar com outras pessoas. Tão assustados e desconfortáveis que podem até querer evitar essas situações. Algumas crianças/adolescentes podem também chorar, fazer uma birra ou ficar zangadas quando têm que estar em situações em que estão outras pessoas. O que acontece é que lhes podem dizer para irem a esses lugares, mas elas preferiam não ir. Têm muito mais medo dessas situações do que a maioria das crianças/adolescentes da mesma idade.

1a. Quando estás em determinados lugares em que estejam outras pessoas como, por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costumavas sentir que as outras pessoas podem pensar que alguma coisa que tu faças é estúpida ou palerma?

Sim Não Outro

Se a resposta for “Sim”, deve colocar-se um V no círculo.

SINTOMA

1b. Quando estás em determinados lugares em que estejam outras pessoas, como, por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costumavas pensar que as outras pessoas se podem rir de ti?

Sim Não Outro

Se a resposta for “Sim”, deve colocar-se um V no círculo.

SINTOMA

1c. Quando estás nestas situações com outras pessoas, costumavas preocupar-te com a possibilidade de fazeres qualquer coisa que te faça sentir envergonhado(a) ou embaraçado(a)?

Sim Não Outro

Se a resposta for “Sim”, deve colocar-se um V no círculo

SINTOMA

Se houver uma ou mais respostas de “Sim” às questões 1a a 1c, deve colocar-se um V no diamante.

CRITÉRIO

Em qualquer das questões 1a a 1c que a criança responda com “Sim”, o entrevistador pode querer obter mais informação para determinar se essa área é clinicamente significativa. Para além disso, se a criança respondeu “Não” às questões 1a a 1c, o entrevistador pode interrogar com descrição acerca das situações listadas na questão 2c.

Medo (Sim ou Não)

2a. Agora vou dar-te uma lista de várias situações (ver lista a seguir à questão 2c). Gostava de saber se tu achas que ficas mais nervoso(a) ou assustado(a) nessas situações do que as outras crianças/adolescentes da tua idade. Responde “Sim” só aquelas situações que quase sempre te fazem sentir assustado(a) ou nervoso(a); não respondas “Sim” se só aconteceu isso uma ou duas vezes. Primeiro diz-me só “Sim” ou “Não”.



Classificação do Medo (0-8)

2b. Em cada situação à qual a criança/adolescente responda “Sim”, deve obter-se uma classificação do medo. Pergunta-se, então Quando dizes que ficas assustado(a) ou nervoso (a) (e.g., quando tens que apresentar um trabalho oralmente), quanto medo é que tens, de 0 a 8, (e.g., de apresentar um trabalho oral)?

Evitamento/Desconforto (Sim ou Não)

2c. Para cada situação da questão 2b com uma classificação de medo de 4 (Alguns) ou mais, deve perguntar-se acerca de comportamentos que a criança/adolescente utilize para evitar ou aguentar o desconforto. Pergunta-se, Para aquelas situações que classificaste com algum, ou mais, medo (4 ou mais), queria agora saber se alguma vez tentaste evitar ou afastares-te dessas situações (e.g., trabalhar em grupo)?

Se uma ou mais situações desta lista forem assinaladas como sendo, quer evitadas quer aguentadas com grande mal estar, deve colocar-se um V no diamante.

	Medo		Grau de Medo	Evitamento/Desconforto	
	Sim	Não	(0-8)	Sim	Não
Responder a questões na sala de aula					
Apresentar um trabalho oralmente ou ler em voz alta em frente aos colegas					
Colocar uma questão ao professor ou pedir-lhe ajuda					
Fazer testes					
Escrever no quadro					
Trabalhar ou brincar com um grupo de crianças/adolescentes					
Aula de Educação Física					
Andar pelo átrio, corredores ou bar da escola					
Iniciar ou juntar-se a uma conversa					
Usar as casas de banho da escola ou outras casas de banho públicas					
Comer em frente a outras pessoas (e.g., em casa, na cantina ou da escola, restaurantes)					
Encontros, como reuniões dos escuteiros ou reuniões de equipa desportiva					
Atender ou falar ao telefone					

	Medo		Grau de Medo	Evitamento/ Desconforto	
Tocar um instrumento ou praticar um desporto em público					
Convidar um amigo(a) para se encontrarem					
Falar com adultos (e.g., empregados de lojas, empregados de café, director da escola)					
Falar com alguém que não conheces bem (e.g., estranhos, pessoas novas ou não familiares)					
Ir a festas, bailes ou actividades na escola					
Ser fotografado(a)					
Ter encontros amorosos					
Pedirem-te para fazer qualquer coisa que tu, na realidade, não queres fazer, mas não consegues dizer que não. Por exemplo, se alguém te pede o trabalho de casa ou o brinquedo favorito, é difícil dizer que não?					
Estar alguém a fazer-te uma coisa que tu não gostas mas não seres capaz de lhe dizer para parar. Por exemplo, se alguém te está a aborrecer é difícil para ti dizeres-lhe para te deixar em paz?					

Para preencher os critérios de diagnóstico para Fobia Social, a criança deve responder “Sim” a pelo menos uma das Questões 1a a 1c, “Sim” a pelo menos uma situação listada na questão 2c e, ou evitar ou aguentar situações sociais com grande ansiedade ou desconforto.

Para além disso, devem existir evidências de uma interferência significativa na rotina normal da criança, tal como indicado pela resposta à secção de Interferência.

Interferência



O.k., agora gostava de saber quanto é que este problema tem atrapalhado a tua vida. Quer dizer, quanto é que te tem atrapalhado na escola, em casa ou com os amigos? Quanto é que te impede de fazer coisas que tu gostarias de fazer, de 0 a 8?

Se se verificar uma interferência clínica (uma classificação de 4 ou mais) deve colocar-se um V no diamante.

Se os três diamantes estiverem marcados, considera-se o diagnóstico de Fobia Social (Perturbação de Ansiedade Social) e coloca-se um V na estrela

Fobia Social

Classificação da criança



DIAGNÓSTICO

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE AOS TESTES – TAI
(Spielberger *et al.*, 1980; versão Portuguesa Ponciano *et al.*, 2005)

Encontra-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para descreverem como se sentem face à realização de testes e exames finais. Lê cada uma delas e, em seguida, efectua um círculo no algarismo apropriado indicando como habitualmente te sentes. Não há respostas certas ou erradas. Não gastes demasiado tempo em cada pergunta. Dá a resposta que melhor te parece descrever a maneira como habitualmente te sentes.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Sinto-me confiante e descontraído quando faço um exame.	1	2	3	4
2. Durante um exame final sinto-me apreensivo e preocupado.	1	2	3	4
3. Pensar na nota que posso ter na Cadeira, interfere com o meu desempenho no exame.	1	2	3	4
4. Fico paralisado nos exames finais.	1	2	3	4
5. Durante os exames dou comigo a pensar se algum dia acabarei o meu curso.	1	2	3	4

REACÇÕES AOS TESTES – RT
(Sarason, 1984; versão Portuguesa Baptista *et al.*, 1988)

Quase toda a gente tem que fazer exames ou testes. Estes podem ser de diversos tipos, existindo também diferenças na maneira como as pessoas lhes reagem. Este questionário tem como finalidade avaliar o que as pessoas sentem e pensam acerca dos testes. Para preencher o questionário, faz um círculo no número que melhor reflecte o teu modo de reacção típico à situação descrita. Utiliza a seguinte escala:
1. Nada típico
2. Pouco típico
3. Típico
4. Muito típico

	Nada Típico	Pouco Típico	Típico	Muito Típico
1. Sinto angústia e mal-estar antes dos testes.	1	2	3	4
2. O pensamento “O que é que acontece se eu falhar este teste” está na minha mente durante os testes.	1	2	3	4
3. Durante os testes dou por mim a pensar em coisas que não estão relacionadas com a matéria dos testes.	1	2	3	4
4. Durante os testes torno-me consciente do meu corpo (sinto vontade de me coçar, tenho dores, suores, náuseas).	1	2	3	4
5. Fico paralisado quando penso num teste que se está a aproximar.	1	2	3	4

ESCALA DE ANSIEDADE SOCIAL PARA ADOLESCENTES - SAS-A
(La Greca & Lopez, 1998; Cunha, Pinto Gouveia, Alegre & Salvador, 2004)

Isto não é um teste, por isso não há respostas certas ou erradas. Por favor responde a cada item o mais sinceramente possível. Utiliza os números de 1 a 5 de acordo com o quanto é que achas que cada afirmação tem a ver contigo.

- 1 - De forma nenhuma
- 2 - Dificilmente tem a ver comigo
- 3 - Algumas vezes
- 4 - A maioria das vezes
- 5 - Todas as vezes

1. Preocupo-me se tiver que fazer alguma coisa nova à frente dos outros.	1	2	3	4	5
2. Gosto de fazer coisas com os meus amigos.	1	2	3	4	5
3. Preocupo-me com o facto de poder ser gozado(a).	1	2	3	4	5
4. Sinto-me tímido(a) quando estou com pessoas que não conheço.	1	2	3	4	5
5. Só falo com pessoas que conheço realmente bem.	1	2	3	4	5

ESCALA DE ANSIEDADE E EVITAMENTO DE SITUAÇÕES SOCIAIS PARA ADOLESCENTES - EAESSA
(Cunha, Pinto Gouveia, Salvador & Alegre, 2004)

Segue-se uma lista de situações em que as pessoas podem sentir desconforto e mal-estar, o que pode levar ao evitamento dessas situações. Assinala o grau de desconforto ou nervosismo e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas te provoca, utilizando a escala de resposta de 1 a 5, abaixo indicada. Aponta, nas linhas em branco, outras situações que te causem desconforto ou que evites mas que não estejam mencionadas. Se nunca te confrontaste com alguma das situações apresentadas, imagina o desconforto que sentirias se tivesses que o fazer

Situações sociais	Sinto-me mal, nervoso 1 - Nada 2 - Pouco 3 - Um bocado 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO	Evito 1 - Nunca 2 - Às vezes 3 - Muitas vezes 4 - Grande parte das vezes 5 - Quase sempre
1. Comer em público (bar, cantina, restaurante, festa, etc.)		
2. Beber à frente de outras pessoas (bar, cantina, restaurante, festa, etc.).		
3. Ir a uma festa de um(a) colega.		
4. Ler em voz alta perante a turma.		
5. Escrever enquanto estás a ser observado/a.		

ESCALA DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS EM SITUAÇÕES SOCIAIS PARA ADOLESCENTES - EPASSA
(Salvador, Pinto Gouveia & Cunha, em preparação)

Segue-se uma lista de pensamentos que por vezes as pessoas têm nas situações sociais anteriormente indicadas. Por favor, avalia a frequência com que te ocorrem esses pensamentos em relação às situações que te provocam desconforto. Dado que as pessoas têm o mesmo tipo de pensamento numa forma ligeiramente diferente, podes reescrever o pensamento da forma que se ajustar melhor a ti.

Frequência

- 0 – Nunca
- 1 – Às vezes (1–33%)
- 2 – Muitas vezes (34–67%)
- 3 – Quase sempre (68–100%)

Pensamentos automáticos	Frequência
1. Não vou/estou a dizer nada de jeito.	
2. Vou ficar embaraçado(a)/envergonhado(a).	
3. Tenho que me acalmar.	
4. Tenho que prestar atenção ao que digo/vou dizer.	
5. Tenho que dizer alguma coisa de interessante.	

ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA EM SITUAÇÕES SOCIAIS PARA ADOLESCENTES – ECSSSA
(Salvador, Cunha & Pinto Gouveia, em preparação)

Em baixo, está indicada uma lista de comportamentos que frequentemente as pessoas utilizam em situações que lhes são desconfortáveis. Estes comportamentos, habitualmente chamados de comportamentos de segurança, representam formas de as pessoas diminuírem ou evitarem aquilo que têm medo que aconteça e variam muito de pessoa para pessoa. Por favor avalia a frequência com que utilizas esses comportamentos nas situações sociais que te provocam desconforto. É possível que utilizes alguns comportamentos que não estejam nesta lista. Caso isso aconteça, escreve-os nas linhas em branco e avalia a frequência com que recorres a eles quando ficas ansioso/nervoso numa situação social. Frequência:

- 1 – Nunca (0%)
- 2 – Às vezes (1–33%)
- 3 – Muitas vezes (34–67%)
- 4 – Quase sempre (68–100%)

Comportamentos de segurança	Frequência
1. Desvias ou evitas o olhar da pessoa com quem estás a falar.	
2. Falas muito rápido e quase sem pausas.	
3. Falas pouco, reduzindo ao mínimo o que tens para dizer.	
4. Evitas atrair as atenções ou passar despercebido. Como:	
5. Ficas sentado(a) no lugar mais escondido ou mais atrás possível.	

ESCALA DE INCAPACITAÇÃO DE SHEEHAN NA ANSIEDADE SOCIAL - SDS
(Sheehan, 1993; versão Portuguesa Pinto-Gouveia *et al.*, 2000)

Caso tenhas identificado situações que evitas ou que te provocam desconforto, avalia o grau com que o desconforto e o evitamento interferem na tua vida, utilizando a escala de 0 a 10, a seguir apontada.



Estudos

Neste momento, de que forma é que os teus estudos são prejudicados devido aos teus problemas? (0-10) -----

Vida social/ convívio com amigos

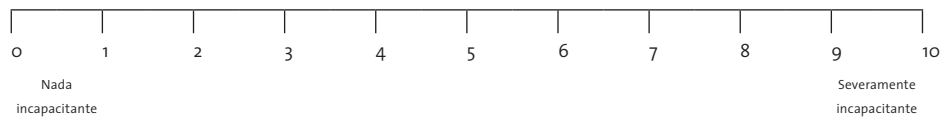
Neste momento de que forma é que a tua vida social/ convívio com amigos são prejudicados devido aos teus problemas? (0-10) -----

Vida afectiva/arranjar namorado(a)

Neste momento de que forma é que a tua vida afectiva/arranjar namorado(a) é prejudicada devido aos teus problemas? (0-10) -----

ESCALA DE INCAPACITAÇÃO DE ANSIEDADE SOCIAL – AVALIAÇÃO PELOS PAIS

Quem faz a avaliação: Pai Mãe
Por favor, avalie o grau em que acha que as dificuldades sociais e de avaliação do seu filho(a) interferem na vida dele(a), utilizando a escala de 0 a 10, a seguir apontada.



Trabalho/estudos

Neste momento, de que forma é que os estudos dele(a) são prejudicados devido aos seus problemas? (0-10) -----

Vida social/ convívio com amigos

Neste momento, de que forma é que as relações sociais/convívio com amigos ou conhecidos/interacção com desconhecidos são prejudicados devido aos seus problemas? (0-10) -----

Vida afectiva/arranjar namorado(a) ou companheiro(a)

Neste momento, de que forma é que a sua vida afectiva/arranjar namorado(a)/relação com namorado(a) é prejudicado devido aos seus problemas? (0-10) -----

ESCALA REVISTA DE ANSIEDADE MANIFESTA PARA CRIANÇAS - RCMAS
(Reynolds & Richmond, 1978; versão Portuguesa Fonseca, 1992)

Segue-se uma lista de frases que descrevem como, às vezes, as pessoas se sentem. Faz um círculo à volta do SIM ou do NÃO que se segue a cada frase conforme concordares ou não com o que nela se afirma.

1. Tenho dificuldade em decidir-me.	Sim	Não
2. Fico nervoso(a) quando as coisas não me correm bem	Sim	Não
3. Parece que as outras pessoas fazem as coisas mais facilmente do que eu.	Sim	Não
4. Gosto de todos as pessoas que conheço.	Sim	Não
5. Tenho frequentemente dificuldades em respirar.	Sim	Não

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS – CDI
(Kovacs, 1985; versão Portuguesa por Marujo, 1994)

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros. Tens aqui uma lista de sentimentos e ideias por grupos. Para cada grupo de três frases escolhe a que melhor te descreve nas últimas duas semanas. Depois de escolheres uma frase de um grupo passa para o seguinte. Não há respostas certas ou erradas. Escolhe só a frase que descreve a maneira como te tens sentido recentemente. Põe uma cruz na tua resposta. Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve melhor nas últimas duas semanas.

1. <input type="checkbox"/> Estou triste de vez em quando. <input type="checkbox"/> Estou triste muitas vezes. <input type="checkbox"/> Estou triste o tempo todo.	4. <input type="checkbox"/> Divirto-mo com muitas coisas. <input type="checkbox"/> Divirto-me com algumas coisas. <input type="checkbox"/> Nada é divertido para mim.
2. <input type="checkbox"/> Nunca nada me vai correr bem. <input type="checkbox"/> Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem. <input type="checkbox"/> As coisas vão-me correr bem.	5. <input type="checkbox"/> Sou sempre mau (má). <input type="checkbox"/> Sou mau (má) muitas vezes. <input type="checkbox"/> Sou mau (má) de vez em quando.
3. <input type="checkbox"/> Faço quase tudo bem. <input type="checkbox"/> Faço muitas coisas mal. <input type="checkbox"/> Faço tudo mal.	6. <input type="checkbox"/> De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer. <input type="checkbox"/> Tenho receio que me aconteçam coisas más. <input type="checkbox"/> Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis.

ESCALA DE INIBIÇÃO COMPORTAMENTAL – RSRI
(Reznick *et al.*, 1992; versão Portuguesa Cunha & Pinto Gouveia, submetido)

As perguntas a seguir são acerca de coisas que poderás ter feito e sentimentos que poderás ter tido enquanto eras mais novo. Ao responder, por favor, pensa em ti tal como eras no primeiro e segundo ciclos (do 1º ao 6º ano de escolaridade). Se não fores capaz de te lembrar, ou se não tiveres a certeza, por favor, escolhe a resposta que te parecer mais acertada.
Por favor, desenha um círculo à volta da resposta certa.

1. Em média, quantas vezes por ano faltaste às aulas por motivo de doença?	0–4 dias	5–9 dias	10–14 dias	15–19 dias	20 ou mais dias
2. Em média, quantas vezes por ano te mandaram ao gabinete de enfermagem por motivo de doença?	0–4 dias	5–9 dias	10–14 dias	15–19 dias	20 ou mais dias
3. Tiveste doenças ou sintomas como dores de cabeça ou dores de barriga, para as quais os médicos não foram capazes de encontrar uma causa?	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
4. Com que frequência tinhas pesadelos?	Nunca	Uma vez por ano	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Uma vez por noite
5. Tinhas medo do escuro?	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

ESCALA DE COMPARAÇÃO SOCIAL – SCS
(Allan & Gilbert, 1995; versão Portuguesa Gato & Pinto Gouveia, 2003)

Gostaríamos de saber como te comparas com os outros. Por favor, assinala com um círculo o número que, em cada linha, melhor traduz a forma como te sentes no relacionamento com os teus colegas ou amigos.
No relacionamento com os outros sinto-me:

Inferior	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Superior
Incompetente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais competente
Antipático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais simpático
Rejeitado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aceite
Diferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Igual

INVENTÁRIO DE AMEAÇA PARENTAL – PTI
(Scher *et al.*, 2002; tradução Portuguesa por Morgado e Pinto-Gouveia, 2003)

As afirmações que se seguem dizem respeito a possíveis experiências com a tua mãe à medida que crescias (por exemplo, quando era criança).
Para cada afirmação contorna o número que melhor descreve o que sentes.
À medida que crescia a minha mãe...

	Nunca	Raramente verdadeiro	Verdadeiro algumas vezes	Verdadeiro a maior parte das vezes	Quase sempre verdadeiro
1. Abusava da bebida.	1	2	3	4	5
2. Dizia que deixava de cuidar de mim se não me comportasse bem.	1	2	3	4	5
3. Levantava a mão como se me fosse bater.	1	2	3	4	5
4. Falava em divorciar-se.	1	2	3	4	5
5. Não cumpria o que me prometia.	1	2	3	4	5

MEMÓRIAS DE INFÂNCIA – EMBU
(Perris *et al.*, versão Portuguesa Canavarro, 1996)

Em seguida, ser-te-ão colocadas algumas questões, relativamente à tua infância e adolescência. É importante lembrares-te dos comportamentos dos teus pais em relação a ti, tal como eles são, até à actualidade. Lê cada questão cuidadosamente e considera qual a resposta que se aplica ao teu caso. Responde, separadamente, em relação ao comportamento da tua mãe e do teu pai, colocando para cada questão um X num dos quadros em frente a PAI, para avaliar o comportamento do teu pai e outro num dos quadros em frente a MÃE para avaliar o comportamento da tua mãe.

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
1. Os meus pais são severos ou zangam-se comigo sem me explicarem porquê.	Pai				
	Mãe				
2. Os meus pais elogiam-me.	Pai				
	Mãe				
3. Desejo que os meus pais se preocupem menos com o que eu faço.	Pai				
	Mãe				
4. Os meus pais dão-me mais castigos do que eu mereço.	Pai				
	Mãe				
5. Quando chego a casa tenho que contar tudo o que fiz.	Pai				
	Mãe				

INVENTÁRIO DE VINCULAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA – IPPA
(Armsden & Greenberg, 1987; versão Portuguesa Neves *et al.*, 1999)

Este inventário procura avaliar as relações actuais dos jovens com pessoas significativas – com a mãe, com o pai e com os amigos mais chegados. Por favor, lê cuidadosamente as instruções de cada parte do inventário.

Parte I

Cada uma das afirmações que se seguem são relativas aos teus sentimentos para com a tua mãe ou a pessoa que fez as vezes de mãe. Se tens mais de uma pessoa nessas circunstâncias (ou seja, a mãe natural e a mãe adoptiva, a madrinha, a avó, etc.) responde às afirmações seguintes tomando como referência aquela que mais te influenciou.

Por favor, lê cada afirmação cuidadosamente e marca uma cruz no quadrado referente à alternativa que neste momento consideras mais verdadeira.

No fim, certifica-te de que respondeste a todas as afirmações.

	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes	Quase sempre ou sempre
1. A minha mãe respeita os meus sentimentos.					
2. Acho que a minha mãe é uma boa mãe.					
3. Gostava de ter uma mãe diferente da que tenho.					
4. A minha mãe aceita-me tal como eu sou.					
5. Gosto sempre de saber a opinião da minha mãe sobre coisas que são importantes para mim.					

Parte II

Cada uma das afirmações que se seguem são relativas aos teus sentimentos para com o teu pai ou a pessoa que fez as vezes de pai. Se tens mais de uma pessoa nessas circunstâncias (ou seja, o pai natural e o pai adoptivo, o padrinho, o avô, etc.) responde às afirmações seguintes tomando como referência aquela que mais te influenciou.

Por favor, lê cada afirmação cuidadosamente e marca uma cruz no quadrado referente à alternativa que neste momento consideras mais verdadeira.

No fim, certifica-te de que respondeste a todas as afirmações.

	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes	Quase sem- pre ou sempre
1. O meu pai respeita os meus sentimentos.					
2. Acho que o meu pai é um bom pai.					
3. Gostava de ter um pai diferente do que tenho.					
4. O meu pai aceita-me tal como eu sou.					
5. Gosto sempre de saber a opinião do meu pai sobre coisas que são importantes para mim.					

Parte III

Cada uma das afirmações que se seguem são relativas aos teus sentimentos e relações com os teus amigos. Por favor, lê cada afirmação cuidadosamente e marca uma cruz no quadrado referente à alternativa que neste momento consideras mais verdadeira.

No fim, certifica-te de que respondeste a todas as afirmações.

	Nunca ou quase nunca	Poucas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes	Quase sempre ou sempre
1. Gosto sempre de saber a opinião dos meus amigos sobre os assuntos que me dizem respeito.					
2. Mesmo quando estou fora de mim por qualquer motivo, sou capaz de escutar o que os meus amigos me queiram dizer.					
3. Quando falo de qualquer assunto com os meus amigos, eles têm em consideração os meus pontos de vista.					
4. Tenho vergonha ou acho patético falar dos meus problemas com os meus amigos.					
5. Gostava que os meus amigos fossem diferentes daquilo que são.					

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TERAPEUTA

Avaliação actual das dificuldades que motivaram o(a) adolescente a procurar ajuda.

- a. Deixaram de ser um problema para ele(a), não interferem em nada com a sua vida (0%).
- b. São um problema muito ligeiro para ele(a), não interferem praticamente em nada com a sua vida (15%).
- c. São um problema ligeiro para ele(a), não interferem muito com a sua vida (30%).
- d. Ainda são um problema médio para ele(a), interferem em cerca de metade das situações da sua vida (50%).
- e. Ainda são um problema grave para ele(a), interferem em muitas situações na sua vida (70%).
- f. Ainda são um problema muito grave para ele(a), interferem em quase todas as actividades da sua vida (85%).
- g. Ainda são um problema gravíssimo para ele(a), interferem e limitam tudo na sua vida (100%).

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ADOLESCENTE

Baseado na tua participação no grupo, na forma como te sentiste e o que achaste, por favor, responde aos aspectos abaixo questionados.

1. Como classificas a tua adesão ao grupo e ao que era combinado para fazer:

a. Dentro da sessão.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b. Fora da sessão.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Como classificas o teu interesse relativamente ao que se passava no grupo e ao que poderias retirar dele?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Como classificas a tua motivação para integrares e participares no grupo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Como classificas o “gozo” que te deu estares e participares no grupo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Em geral, qual o teu grau de satisfação com o programa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. E o teu grau de satisfação com os terapeutas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Quanto achas que o programa contribuiu para diminuir a tua ansiedade em situações sociais e de avaliação de desempenho?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. E quanto achas que o programa contribuiu para a diminuição do teu evitamento de situações sociais?

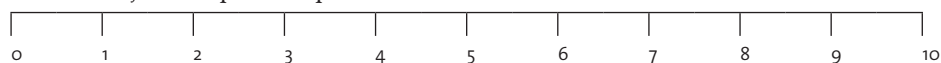
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Em que medida achas que o programa contribuiu para o teu bem-estar e para melhorar a tua qualidade de vida?

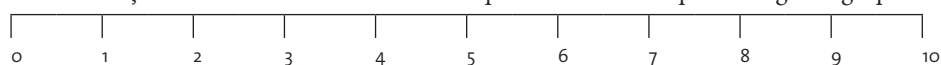


10. O que achas que te ajudou mais a ultrapassar as dificuldades?

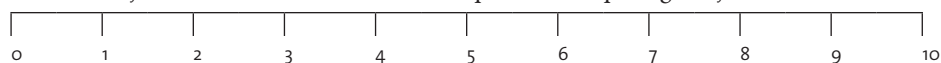
a. A informação dada pelos terapeutas.



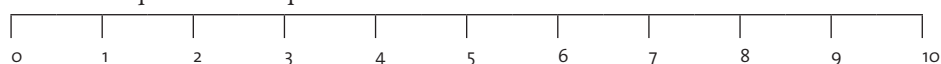
b. A informação sobre mim e sobre o meu desempenho transmitida pelos colegas de grupo.



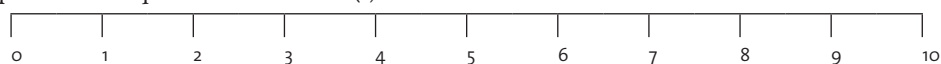
c. A informação acerca de mim e do meu desempenho, dada pelas gravações de vídeo.



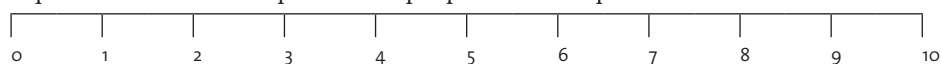
d. Constatar que outros têm problemas semelhantes aos meus.



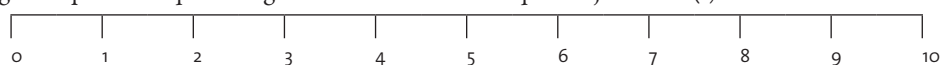
e. Perceber que é impossível controlar os pensamentos e aprender a não dar tanta importância aos meus pensamentos quando estou ansioso(a).



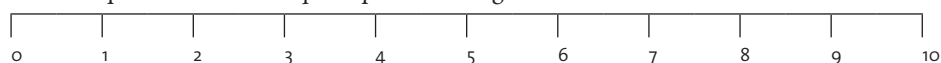
f. Aprender a substituir um pensamento por pensamentos opostos ou diferentes.



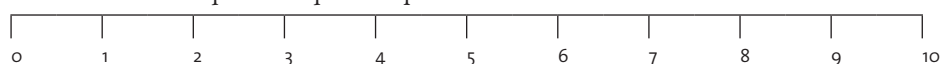
g. Ter aprendido que consigo fazer as coisas mesmo que esteja ansioso(a).



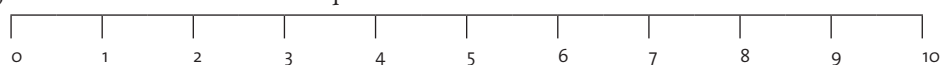
h. Passar a perceber melhor o que se passava comigo.



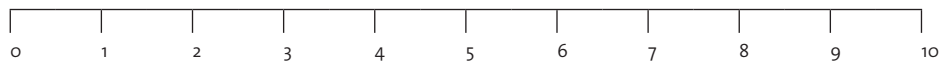
i. Perceber melhor o que tinha que fazer para mudar.



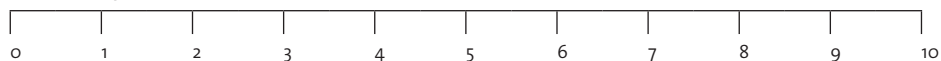
j. Passar a aceitar coisas em mim que antes não aceitava.



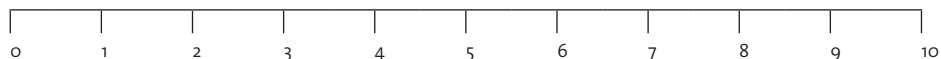
k. Passar a aceitar coisas nos outros que antes não aceitava.



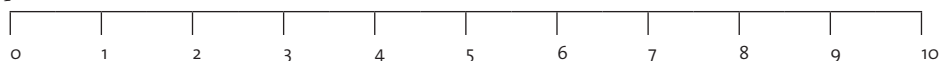
l. Perceber que os “meus filmes” e a realidade são coisas diferentes.



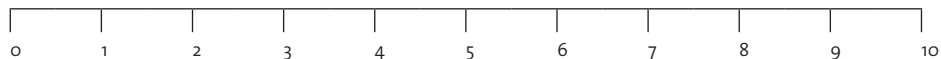
m. Perceber que os “meus filmes” e o meu Eu são coisas diferentes.



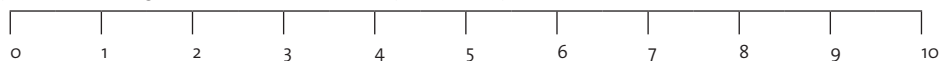
n. Perceber e constatar que posso aceitar o que penso e o que sinto e que essa atitude me ajuda mais do que lutar contra isso.



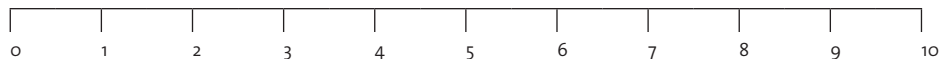
o. Perceber que o meu cérebro me engana e que não posso confiar em tudo o que me passa pela cabeça.



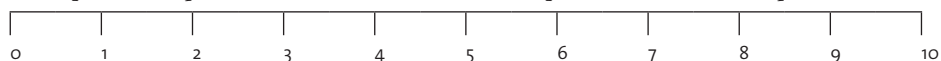
p. Perceber a ligação entre as minhas experiências passadas e as minhas dificuldades actuais.



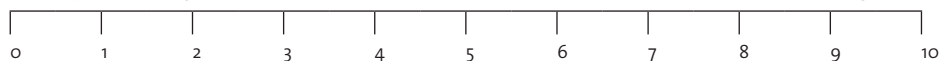
q. As experiências que fazia dentro das sessões e as conclusões que daí retirava



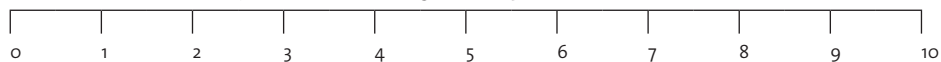
r. As experiências que fazia fora das sessões com os terapeutas e as conclusões que daí retirava.



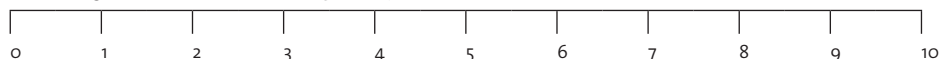
s. As experiências que fazia entre as sessões, no meu ambiente natural, e as conclusões que daí retirava.



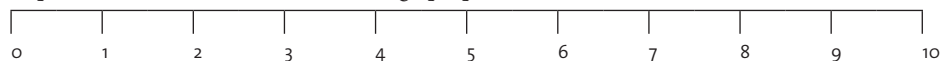
t. Ter desistido dos comportamentos de segurança que utilizava.



u. Estar agora mais atento(a) ao que se passa e à realidade em vez de estar focado(a) em mim.



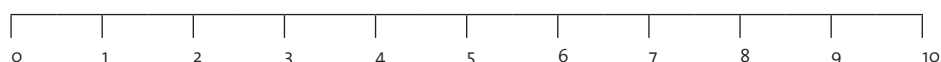
v. Aprender a não ser tão crítico(a) comigo próprio(a).



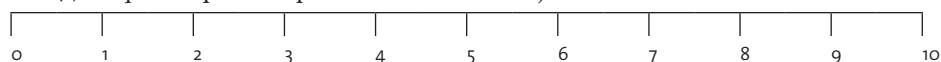
w. Aprender a não ser tão crítico(a) com os outros.



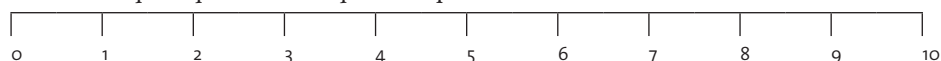
x. As sessões individuais.



y. Perceber que, mesmo com pensamentos negativos e ansioso(a), posso tomar decisões diferentes baseado(a) no que é importante para mim e nos meus objectivos de vida.



z. Constatar que o que eu sou e o que sou capaz é suficientemente bom.



11. Como avalias actualmente as dificuldades que te motivaram a procurar ajuda?

- a. Deixaram de ser um problema para mim, não interferem em nada com a minha vida (0%).
- b. São um problema muito ligeiro para mim, não interferem praticamente em nada com a minha vida (15%).
- c. São um problema ligeiro para mim, não interferem muito com a minha vida (30%).
- d. Ainda são um problema médio para mim, interferem em cerca de metade das situações da minha vida (50%).
- e. Ainda são um problema grave para mim, interferem em muitas situações da minha vida (70%).
- f. Ainda são um problema muito grave para mim, interferem em quase todas as actividades da minha vida (85%).
- g. Ainda são um problema gravíssimo para mim, interferem e limitam tudo na minha vida (100%).

12. E como classificarias essas dificuldades quando entraste para o grupo?

- a. Eram um problema muito ligeiro para mim, não interferiam praticamente em nada com a minha vida (15%).
- b. Eram um problema ligeiro para mim, não interferiam muito com a minha vida (30%).
- c. Eram um problema médio para mim, interferiam em cerca de metade das situações da minha vida (50%).
- d. Eram um problema grave para mim, interferiam em muitas situações da minha vida (70%).
- e. Eram um problema muito grave para mim, interferiam em quase todas as actividades da minha vida (85%).
- f. Eram um problema gravíssimo para mim, interferiam e limitavam tudo na minha vida (100%).

13. Em que grau aconselharias esta terapia a um amigo que tivesse as mesmas dificuldades que tu tinhas?



14. Para nos ajudares a melhorar o programa terapêutico, deixa aqui as tuas opiniões:

a. O que achas que foi menos claro no programa?

b. O que te parece que não houve e devia ter havido (ou a que se deu menos importância ou tempo e se deveria dar mais)?

c. O que te parece que poderia ser retirado/não ajudou nada?

d. O que te custou mais ou foi mais difícil durante o programa?
