



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Fobia Social em Adolescentes: O papel da Vergonha e do Autocriticismo

Soraia Ferreira Rebelo (e-mail: soraiaferrelo@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde (Sub-área de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e de Saúde) sob a orientação de Professora Doutora Maria do Céu Salvador

Soraia Ferreira Rebelo
(e-mail: soraiarebelo_@hotmail.com)

Setembro de 2012

**Fobia Social em Adolescentes:
O papel da Vergonha e do Autocriticismo**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde (Sub-área de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e de Saúde) sob a orientação de Professora Doutora Maria do Céu Salvador



Resumo

O estudo da ansiedade social na adolescência está bem documentado na literatura, comprovando que elevados níveis de Ansiedade Social são sinónimo de elevado desajustamento pessoal, social e académico, de interferência significativa na vida dos adolescentes, podendo, também, conduzir a sintomas depressivos. Por outro lado, tanto a vergonha (interna e externa) como o autocrítico, que se encontram bastante associados à presença de psicopatologia, têm vindo a ser alvo de um crescente número de estudos em relação à população adulta. O mesmo não se tem constatado com a população adolescente, e em particular, na população clínica adolescente, sendo que o número de estudos documentados na literatura é, ainda, bastante diminuto.

Perante estes factos, foram realizados dois estudos. O primeiro teve como principal objetivo a comparação de um grupo de adolescentes com fobia social generalizada, com um grupo de adolescentes com outras perturbações de ansiedade (que não fobia social) e com um grupo com ausência de patologia, nas variáveis de vergonha e autocrítico. Os resultados obtidos revelaram que o grupo de adolescentes com fobia social generalizada apresentou níveis mais elevados de vergonha interna, vergonha externa e autocrítico do que o grupo de adolescentes com outras perturbações de ansiedade, e estes por sua vez, mais elevados do que o grupo com ausência de patologia. Em relação ao segundo estudo, que teve como objetivo principal perceber o papel da vergonha interna, vergonha externa e autocrítico na fobia social, os resultados demonstraram que a vergonha interna e a ansiedade social estavam positiva, moderada e significativamente correlacionadas; a ansiedade social revelou uma correlação positiva, moderada e significativa com o total da Escala de Vergonha Externa e com os fatores inferioridade e reação dos outros aos meus erros. Foi, ainda, encontrada uma correlação positiva, moderada e significativa entre a ansiedade social e o fator eu-inadequado e a medida de autocrítico constituída pelos fatores eu-inadequado e eu-detestado juntos, sendo que com o fator eu-detestado foi encontrada uma correlação positiva, baixa e significativa. Por fim, no que concerne à relação entre ansiedade social e autotranquilização a correlação encontrada não foi significativa. Ainda em relação a este estudo, a vergonha interna e a vergonha externa revelaram-se, isoladamente, fatores preditores significativos na explicação da ansiedade social. No entanto, quando incluídas no mesmo modelo foram os fatores da vergonha externa e não a vergonha interna que revelaram poder preditivo relativamente à ansiedade social. Contrariamente, o autocrítico não se revelou um preditor significativo na explicação da ansiedade social.

Palavras-chave: Ansiedade Social, Adolescentes, Vergonha Interna, Vergonha Externa, Autocrítico

Social Phobia in Adolescents: The Role of Shame and Selfcriticism

Abstract

The study of social anxiety during adolescence is well documented in literature, proving that high levels of Social Anxiety are synonym of high personal, social and academic maladjustment, of significant interference in adolescents' lives, and it can also lead to depressive symptoms. On the other hand, both the shame (internal and external) as the self-criticism, which are quite associated with the presence of psychopathology, have been target of a growing number of studies in relation to adult population. The same has not been evidenced with the adolescent population, and in particular in clinical adolescent population, being the number of studies documented in the literature still very low.

Given these facts, two studies were conducted. The first aimed to compare a group of adolescents with generalized social phobia with a group of adolescents with other anxiety disorders (not social phobia) and with a group with no pathology, in the variables of shame and self-criticism. The results revealed that the group of adolescents with generalized social phobia showed higher levels of internal shame, external shame and self-criticism than the group of adolescents with other anxiety disorders, and these, higher levels than the group with no pathology. Regarding the second study, which aimed to understand the role of internal shame, external shame and self-criticism in social phobia, the results showed that the internal shame and social anxiety were positively, moderately and significantly correlated; social anxiety showed a significant positive, moderate correlation, with the total of External Shame and the factors inferiority and others' reactions to my mistakes.

It was also found a positive, moderate and significant correlation between social anxiety and factor inadequate self and the measure of self-criticism composed by factors inadequate self and hated self together, with factor hated self was found a positive correlation, low and significant. Finally, regarding the relationship between social anxiety and self-reassuring the correlation found was not significant. Also in relation to this study, the internal shame and the external shame have proved to be, singly, significant predictors to explain the social anxiety. However, when included in the same model were the factors of external shame and not the internal shame that revealed predictive power with regard to social anxiety. In contrast, the self-criticism has not proved a significant predictor to explain the social anxiety.

Key Words: Social Anxiety, Adolescents, Internal Shame, External Shame, Self-criticism

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, pela sua orientação e disponibilidade constante, pela sua dedicação e boa disposição, por todos os ensinamentos e partilhas, pela sua exigência, por todo o apoio, e por me fazer acreditar.

Ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia, pelo saber partilhado e pelo enriquecimento profissional.

Aos meus pais, pelo apoio e amor incondicional que sempre demonstraram, pela força e pela coragem, e por todos os sacrifícios que suportaram ao longo de todo este percurso, por nunca me deixarem desistir, pelo incentivo constante. Sem vocês nada disto teria sido possível. Obrigado!

Aos meus irmãos, Hugo e Marcos, pelas palavras de apoio, força, pelo esforço que também eles fizeram para que tudo isto fosse possível, por todo o carinho que sempre demonstraram por mim, por nunca desistirem de mim.

À minha família, pela força que sempre me transmitiu ao longo desta etapa.

À Rita e à Gabi, minhas irmãs do coração, por todo o apoio e pelas palavras de incentivo, por estarem sempre lá, por me fazerem sorrir nos momentos mais difíceis apesar de todas as adversidades.

À Cláudia, porque o início de todo este percurso foi contigo, por todos os momentos que passámos ao longo destes anos, pelo apoio constante, pela força, principalmente, por toda a amizade incondicional.

À Sofia, pelo apoio ao longo dos últimos dois anos, por ser uma amiga que levo para a vida, pela sua boa disposição contagiante.

À Raquel e à Andreia pela entajuda e apoio constante nos momentos de maior angústia, por todos os momentos partilhados ao longo de todo este percurso.

À Maria João e à Sandra, pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e apoio constante, pela boa disposição e força que sempre transmitiram.

A todas as instituições de ensino e de saúde que colaboraram, e a todos os adolescentes que participaram nesta investigação, pelo seu contributo fundamental para a realização desta dissertação.

A todos, um muito obrigado!

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
1.1. Ansiedade Social	2
1.2. Perspetiva evolucionária.....	5
1.3. Teoria das mentalidades sociais	5
1.3.1. Vergonha Interna vs. Vergonha Externa	8
1.3.1.1. Vergonha	6
1.3.2. Ansiedade Social e Vergonha.....	10
1.3.3. Autocriticismo.....	10
1.3.3.1. Ansiedade social e Autocriticismo	12
II - Objetivos	14
2.1. Estudo 1. Comparação intergrupos relativamente à Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocriticismo.....	14
2.2. Estudo 2. Fobia Social Generalizada, Vergonha e Autocriticismo .	15
.....	15
III – Estudo 1. Comparação intergrupos relativamente à Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocriticismo	16
3.1. Metodologia.....	16
3.1.1. Amostra	16
3.1.2. Instrumentos	18
3.1.3. Procedimento.....	23
3.1.4. Resultados	25
IV- Estudo 2. Fobia social Generalizada, vergonha e autocriticismo	27
4.1. Metodologia.....	27
4.1.1. Amostra	27
4.1.2. Instrumentos	28
4.1.3. Procedimento.....	28
4.2. Resultados	28
4.2.1. Relação da ansiedade social com a vergonha interna, vergonha externa e autocriticismo	29
4.2.2. Papel da Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocriticismo na explicação da ansiedade social	30
Papel da Vergonha Interna na explicação da Fobia Social	30
Papel da Vergonha Externa na explicação da Fobia Social	31
Papel da Vergonha Interna e da Vergonha Externa na explicação da Fobia Social.....	31
Papel da Vergonha Interna e da Vergonha Externa (fator inferioridade) na explicação da ansiedade social	32
Papel da Vergonha Interna e da Vergonha Externa (fator reação dos outros aos meus erros) na explicação da ansiedade social	33

Autocriticismo na explicação da Fobia Social	34
V - Discussão	35
VI – Conclusões, pontos fortes, limitações e sugestões para futura investigação	42
Referências Bibliográficas	46

Lista de Quadros

Quadro 1. Distribuição dos grupos em estudo por género. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças	17
Quadro 2. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades dos grupos em estudo. ANOVA para verificação de diferenças	17
Quadro 3. Médias (M) e desvios-padrão (DP) dos anos de escolaridade dos grupos em estudo. ANOVA para verificação de diferenças	18
Quadro 4. Consistências internas dos instrumentos utilizados	23
Quadro 5. Médias (M) e Desvios-Padrão (P) da VI, VE e AC em função dos grupos em estudo. Análise de Variância (ANOVA) para verificação das diferenças	26
Quadro 6. Médias (M) e percentagens (%) da variável género. Médias (M) e Desvio-padrão (DP) das variáveis idade e escolaridade. Grupo Fobia Social Generalizada	28
Quadro 7. Correlações entre a SAS-A_total e vergonha interna (ISS) e vergonha externa (OAS)	29
Quadro 8. Correlações entre a SAS-A_total e os três fatores do autocrítico (FSCRS)	30
Quadro 9. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e vergonha interna, sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada	30
Quadro 10. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e vergonha externa, sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada	31
Quadro 11. Análise regressão múltipla por blocos para depressão, vergonha interna e vergonha externa, sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada	32
Quadro 12. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão, e vergonha interna e vergonha externa (fator 1 – inferioridade) sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada	33
Quadro 13. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão, e vergonha interna e vergonha externa (fator 3 – reação dos outros aos meus erros) sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada	33
Quadro 14. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão, e autocrítico (fatores 1e3 do FSCRS) sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada	34

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo evolucionário e biopsicossocial da vergonha (adaptado de Gilbert & Irons,2009)	9
--	---

Introdução

A perturbação de ansiedade social é bastante prevalente, nomeadamente na população adolescente, constituindo a perturbação de ansiedade mais frequente (Alfano, Beidel & Turner, 2006; APA, 2000). Para além disso, esta perturbação apresenta uma elevada taxa de comorbilidade com outras perturbações de ansiedade, e é bastante invalidante, interferindo significativamente na vida do adolescente, ao nível pessoal, social e académico (Heimberg, Liebowitz, Hope, Schneier, Holt, Welkowitz, Juster, Campeas, Bruch, Cloitre, Fallon & Klein, 1998).

Os fatores que inibem ou impedem o funcionamento interpessoal dos adolescentes representam uma área crítica para a investigação clínica. Assim, a ansiedade social na adolescência constitui-se como uma área de investigação importante (La Greca & Lopez, 1998), nomeadamente, por a adolescência ser uma fase de mudanças físicas, psicológicas e sociais importantes, e por isso mais vulnerável ao aparecimento de psicopatologia (Gilbert & Irons, 2009).

Nos últimos anos, tem vindo a aumentar o interesse, e por conseguinte, os estudos, em relação à vergonha e ao autocrítico, sendo que ambos se constituem como fatores relevantes para o desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente, fobia social (Cox, Walker, Enns & Karpinski, 2002; Gilbert, 2000a). De acordo com Del Rosario e White (2006), verificou-se um aumento considerável no número de artigos teóricos durante as últimas décadas, no que diz respeito à vergonha e à sua possível relação com a psicopatologia (e.g., Cook, 1994; Gilbert, 2000a), nomeadamente com fobia social (e.g., Carvalho, 2011; Gilbert, 2000a; Gilbert & Miles, 2000; Lutwak e Ferrari, 1997). Relativamente ao autocrítico, este foi concebido à luz de teorias recentes evolucionárias, e tem sido alvo de uma atenção crescente na área da psicologia (Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010). No entanto, no que diz respeito a este construto, e apesar de já começarem a existir estudos entre o autocrítico e a fobia social, (e.g., Bagby, Cox, Schuller, Levitt, Swinson & Joffe, 1992; Cox, Fleet & Stein, 2004; Cox, Rector, Bagby, Swinson, Levitt & Joffe, 2000; Cox, Walker, Enns & Karpinski, 2002) a maioria estuda a relação do autocrítico com a depressão/sintomatologia depressiva. Assim, torna-se fundamental a continuidade dos estudos com o conceito de autocrítico, não apenas com a depressão, mas também com outras perturbações, nomeadamente com a fobia social.

Por todos os motivos explanados, torna-se importante a continuação dos estudos nestas áreas, e, nomeadamente em amostras clínicas de adolescentes, uma vez que a grande maioria dos estudos se centra particularmente, ou nas crianças ou nos adultos, e poucas vezes em adolescente e em população clínica. Assim, e no sentido de continuar a desenvolver investigação nesta temática, e nesta população específica, propõe-se a realização da presente investigação.

Neste sentido, esta dissertação está dividida, genericamente em duas

partes. A primeira diz respeito à revisão da literatura, que inclui a definição de ansiedade social e características associadas, bem como a definição das variáveis em estudo, sendo elas a vergonha interna, a vergonha externa e o autocrítico, explicitando um pouco cada uma delas. Na segunda parte, estão presentes os estudos empíricos. Nesta dissertação, são dois os estudos realizados. O primeiro diz respeito às diferenças existentes entre um grupo de sujeitos com fobia social generalizada, um grupo de sujeitos com outras perturbações de ansiedade, e com um grupo de sujeitos com ausência de patologia, em relação aos construtos em estudo, numa população clínica de adolescentes portugueses. O segundo refere-se a um estudo num grupo de adolescentes da população clínica com o diagnóstico de fobia social generalizada em relação aos mesmos construtos, vergonha interna, vergonha externa e autocrítico, explorando o papel que estes podem exercer sobre a fobia social.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Ansiedade Social

As respostas ansiosas do ser humano são consideradas adaptativas e essenciais para a sobrevivência, cumprindo, assim, funções bastante importantes em diversas situações (Salvador, 2009). A ansiedade social manifestada nas situações sociais é comum nos humanos e está relacionada com a estrutura social do grupo e a sua organização hierárquica, motivando o sujeito a estar preocupado com o impacto que o seu comportamento, discurso e/ou aparência tem nos outros (Gilbert, 2001). A experiência de ansiedade social, ou seja, a ansiedade que experienciamos em situações sociais, é bastante frequente, o que não é, necessariamente, impeditivo de um adequado funcionamento social. De facto, já todos nós passámos por situações em que sentimos algum grau de ansiedade social, como, por exemplo, em apresentações de trabalho, testes ou exames, numa entrevista de emprego, num primeiro encontro com um(a) namorado(a), ou até em situações, como festas, em que estavam presentes pessoas que não conhecíamos (Salvador, 2009). Esta ansiedade pode, muitas vezes, ser considerada benéfica no desempenho social (Pinto Gouveia, 2000), ou seja, muitas formas de ansiedade, entre as quais a ansiedade social, são normais, e até úteis e adaptativas, sendo o medo uma resposta normal a situações de perigo (Marshall, 1994).

A ansiedade social é aquela que experienciamos em situações sociais. No entanto, estas manifestações de ansiedade social normais são diferentes dos sintomas das perturbações de ansiedade (Marshall, 1994), entre elas a fobia social, ou seja, quando num grau excessivo, a ansiedade, pode tornar-se claramente invalidante, e causar um sofrimento significativo, interrompendo o funcionamento normal do sujeito (Marshall, 1994). Falamos, então, de perturbação de ansiedade social/fobia social, que se distingue da ansiedade social normativa e adaptativa pela frequência e intensidade com que se experiencia a ansiedade (Kearney & Drake, 2002). Esta é muitas vezes incapacitante, com um grande impacto negativo em

várias áreas da vida do indivíduo (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006), como sendo na vida social, académica ou profissional e afetiva, ou seja, a presença de fobia social pode afetar negativamente o desempenho académico e profissional do sujeito (APA, 2000).

Assim, pode definir-se fobia social como um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais (e.g. iniciar uma conversa) ou de desempenho (e.g. apresentações de trabalhos), caracterizado por inibição social (Antony & Rowa, 2008; Beidel, Morris & Turner, 2004; Beidel & Randall, 1994; Beidel & Stipelman, 2007; Elizabeth, King & Ollendick, 2004; Kearney & Drake, 2002) em que o sujeito é exposto a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outras, e teme poder fazer algo ou agir de uma forma que seja humilhante e embaraçosa para ele (APA, 2000; Beidel & Randall, 1994). Este medo da avaliação negativa tem sido apontado por diversos autores como uma questão central em todas as formas de ansiedade social (Beidel & Rendall, 1994; Beidel & Stipelman, 2007; Gilbert & Miles, 2000; Rapee & Sanderson, 1998). Esta construção do medo de avaliação negativa refere-se aos pensamentos irracionais relacionados com o ser julgado de uma forma hostil ou desprezado por outras pessoas em situações sociais (Pitarch, 2010).

A exposição à situação social temida provoca quase sempre ansiedade, e pode assumir a forma de um ataque de pânico situacional, sendo que o indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional (APA, 2000). Por fim, as situações sociais e de desempenho são evitadas ou enfrentadas com grande mal-estar (APA, 2000). Contudo, a perturbação de ansiedade social só é diagnosticada quando a ansiedade se torna tão intensa e generalizada que causa um sofrimento significativo ou prejudica a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2000; Antony & Rowa, 2008).

A ansiedade social elevada nas crianças e nos adolescentes ocorre em várias situações, nomeadamente em contacto com pessoas não familiares, com os pares (escola) e também nas interações com os adultos. Muitas vezes, o que acontece é que o desconforto vivenciado por elas é tão grande, que evitam situações sociais onde tenham de conviver com pessoas que não conhecem bem, e muitas vezes não dizem nem uma palavra nestas situações, apesar de não apresentarem nenhum problema de comunicação (Cunha & Salvador, 2000).

Quando a perturbação de fobia social se inicia na infância e quando a criança se encontra em idade escolar, as dificuldades mencionadas podem manifestar-se na diminuição do rendimento escolar, e muitas vezes, pode mesmo conduzir à recusa à escola (Montgomery, 1995) Por outro lado, quando a fobia social se inicia na adolescência pode conduzir a uma diminuição no desempenho social e académico (APA, 2000).

A fobia social é, então, uma perturbação com elevada prevalência, início precoce e que segue muitas vezes um curso crónico (APA, 2000). Tem uma elevada comorbilidade com outras perturbações, aumentando a possibilidade de ocorrência de uma perturbação secundária (Heimberg, *et al.* 1998). Esta perturbação apresenta uma prevalência ao longo do ciclo de vida

de 3% a 13% (APA, 2000), sendo por isso, a perturbação ansiosa mais frequente e, estando no terceiro lugar considerando a prevalência das restantes perturbações psiquiátricas (Alfano, Beidel & Turner, 2006; Pinto-Gouveia, 2000). É importante salientar que a perturbação de ansiedade social, em amostras comunitárias, tem uma maior prevalência no sexo feminino do que no sexo masculino. No entanto, em amostras clínicas ambos os sexos se encontram igualmente representados, ou então, o sexo masculino predomina (APA, 2000).

O início da perturbação, como já foi referido, é precoce e acontece mais frequentemente na infância e adolescência (APA,2000), sendo que a idade média dos primeiros sintomas é no início ou meio da adolescência; porém, casos de fobia social têm sido documentados em crianças a partir dos 8 anos de idade (Beidel & Turner, 1988).

Apesar de alguma controvérsia, e de ainda não existir nenhum consenso relativamente aos subtipos da fobia social (Salvador, 2009), a literatura tem apontado para a existência de dois tipos de fobia social, sendo eles a fobia social generalizada, ou seja, ansiedade social que ocorre na maioria das situações sociais, e a fobia social não generalizada, que ocorre em menos situações sociais (Rapee & Heimberg, 1997). A principal diferença existente entre os dois tipos, não se refere à experiência de ansiedade social, mas sim ao contexto social no qual a ansiedade ocorre (Leary & Kowalski, 1995).

Dos dois tipos mencionados, aquele que é considerado mais frequente e grave é o subtipo de fobia social generalizada, tendo também um início mais precoce e uma maior interferência no funcionamento da vida do indivíduo (Mannuzza, Schneier, Chapman, Liebowitz, Klein & Fyer, 1995). Os sujeitos com fobia social generalizada, geralmente, têm medo em situações de desempenho público e medo na maioria das situações de interação social (Heimberg & Becker, 2002), nomeadamente medos de falar em público, participar em atividades sociais, comer e beber em frente a outros, situações de teste e desempenho (Wittchen, Stein & Kessler, 1999), iniciar ou manter uma conversa, falar com figuras de autoridade, namorar, ir a festas (Heimberg & Becker, 2002; Hofmann & Otto, 2008), falar com estranhos ou mesmo com pessoas conhecidas (Pinto Gouveia, 2000). O medo mais comum nesta perturbação é falar em público (Pollard & Henderson, 1988).

Por outro lado, o subtipo de ansiedade não generalizada integra os indivíduos que não receiam a maioria das situações sociais, ou seja, receiam apenas uma ou duas situações específicas (APA,2000). Assim, o subtipo mais específico poderá referir-se a sujeitos que experienciam medo num menor número de situações sociais, ou que demonstrem medo específico em realizar uma tarefa perante outras pessoas, sendo que neste último, poderá falar-se de ansiedade de desempenho (Rapee & Heimberg, 1997).

Este tipo de ansiedade mais específica - a ansiedade de desempenho - tem sido estudado nos últimos 30 anos, sendo um dos grandes motivos para os estudos nesta temática a evidência de que o núcleo da ansiedade aos testes é o medo da avaliação negativa (Beidel & Rendall, 1994).

1.2. Perspetiva evolucionária

A análise da perturbação de ansiedade social a partir de uma perspetiva evolucionária é bastante enriquecedora ao nível da sua compreensão, uma vez que, esclarece a função adaptativa e funcional da ansiedade social em vários contextos (Pinto Gouveia, 2000).

Estas perspetivas têm como ideia central o facto de todos os organismos vivos beneficiarem de um instinto de sobrevivência, sendo que desempenham um papel importante para a adaptação ao meio ambiente sistemas denominados por sistemas de defesa, ou seja, a maneira como o organismo evita todas as formas de ameaça, e sistemas de segurança, isto é, sinalizar aspetos do meio ambiente que traduzam a inexistência de ameaça. A interação destes dois sistemas permite compreender a ativação ansiosa na medida em que, esta pode ser despoletada não apenas pela existência de ameaça mas também porque as situações são vistas como uma diminuição da segurança (Pinto Gouveia, 2000).

Em acréscimo, estes modelos sugerem ainda que a ansiedade social, assim como noutros primatas, se desenvolveu como sendo uma consequência das hierarquias de dominância-submissão, ou seja, comparação social (tendência dos sujeitos se compararem aos outros) (Allan & Gilbert, 1995), que resultavam do sistema de organização social do grupo, constituindo parte do nosso património genético (Gilber & Allan, 1994; Trower & Gilbert, 1989). Por outras palavras, este modelo defende que a ansiedade social é, então, caracterizada por menos dominância e cooperação social e maior submissão, evitamento e fuga (Walters & Hope, 1998). Por outro lado, a comparação social negativa demonstrou estar associada à existência de psicopatologia em geral (Allan & Gilbert, 1995), e à ansiedade social, em particular (Cunha, 2005).

1.2.1. Teoria das mentalidades sociais

A perspetiva evolucionária, tal como referido no ponto anterior, presume que os mecanismos mentais têm evoluído com o objetivo de capacitar os animais e os seres humanos a operar nos vários papéis sociais, que possibilitam a sua sobrevivência e sucesso reprodutivo. A ação humana é perspetivada como uma interação complexa entre vários fatores, referindo que as características psicossociais do ser humano atual refletem o resultado da interação de componentes genéticas, ecológicas e psicossociais no sentido de alcançar os objetivos biológicos. Estes objetivos, que operam há milhões de anos, deram origem à evolução de uma variedade de motivações sociais para criar certos papéis (Gilbert, 2005). Portanto, e para que isto fosse possível, o ser humano, enquanto espécie social, evoluiu no sentido de se tornar sensível e responder a determinados sinais sociais (tais como cuidado, ataque e submissão) (Gilbert, 2005).

Assente nesta perspetiva, a Teoria das Mentalidades Sociais (Gilbert, 2000b, 2005) postula que a criação de diferentes papéis no relacionamento interpessoal deriva de trocas de sinais sociais distintos que ativam diferentes sistemas fisiológicos e cerebrais específicos, sendo responsáveis pela criação

de diferentes papéis sociais. Estes são denominados de mentalidade sociais no sentido de melhor garantir a sobrevivência da espécie (Panskepp, 1998). Com efeito, os seres humanos desenvolveram competências específicas para aprender, compreender e desempenhar papéis sociais nas relações. As mentalidades sociais, enquanto predisposições inatas para identificar certas relações sociais positivas, tais como aceitação e aprovação do estatuto, e negativas, como rejeição, desacordo e perda do estatuto, orientam, assim, a criação de papéis na relação com os outros, ajudam na interpretação de papéis sociais que os outros procuram representar para conosco e orientam as nossas próprias respostas afetivas e comportamentais no relacionamento com os outros (Gilbert, 2005). Existem, portanto, segundo Gilbert (2000b), mentalidades sociais específicas que podem ser representadas na relação com os outros, e que reúnem mais consenso na literatura; são cinco, sendo elas (i) solicitação de cuidados (envolvendo a motivação e comportamentos dirigidos para a procura de proteção e afeto dos outros, competências de aproximação ao outro e evitamento da separação – comportamento que está na base das relações de vinculação); (ii) prestação de cuidados (aponta para o investimento, atenção e afeto para com o objeto de cuidado, supressão da agressão e responsividade às suas necessidades); (iii) sexual (referente à procura e manutenção de parceiros/relacionamentos com fins sexuais e traduz-se na manifestação de comportamentos como atrair/ser atraído, cortejar, excitação sexual e avaliação dos custos-benefícios da reprodução); (iv) cooperação e formação de alianças (traduz-se na inibição da agressão, competências de partilha e afiliação, vida em grupo); e (v) comportamento altruísta e hierarquia (*ranking*) social (relacionando-se com a competição pelo ganho e/ou manutenção de recursos (e. g. construção de alianças, angariação de suporte e apoio) ou estatuto social ou submissão àqueles com estatuto mais elevado) (Gilbert, 2000b).

Segundo Gilbert (2000b) a forma como falamos conosco e como nos avaliamos, ativa e coordena determinados padrões nas nossas mentalidades sociais inatas. Perante estes factos, as autoavaliações são adaptadas de sistemas avaliativos que surgiram inicialmente para lidar com as situações sociais. Deste modo, os módulos e mentalidades usadas no processamento da informação e orientação das respostas sociais acabam também por ser usadas para autoavaliações. De acordo com Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons (2004), o autocriticismo tem sido mencionado por muitos indivíduos como uma “voz interior”, em que nas experiências de autocriticismo parece existir como que uma interação, entre diferentes partes do eu: uma que critica e outra que responde à crítica. Falaremos deste construto mais adiante.

1.3.Vergonha

A vergonha desempenha um papel adaptativo, tal como a ansiedade, quando é vivenciada e experienciada em níveis adequados. Aqui, beneficia importantes funções do indivíduo e da sociedade, uma vez que sublinha as normas e padrões sociais e mantém as hierarquias, motivando as pessoas a seguir as orientações (Barrett, 1995).

A ansiedade aparenta ser um aspeto central na experiência de vergonha, sendo por isso, difícil considerar vergonha sem ansiedade (Gilbert, 1998a). Assim, experiências de criticismo, humilhação e estilos de culpa desempenham um grande papel importante na vergonha e ansiedade social (Gilbert & Miles, 2000), sendo que estas experiências podem levar a sentimentos de vergonha, especialmente se a pessoa criticada acreditar que o criticismo é válido e indica que um aspeto indesejado da pessoa foi observado por outros (Gilbert, 1998a).

A experiência da vergonha pode ser focada em diversas características do *self*, como por exemplo o sentir-se envergonhado, determinados comportamentos (e.g. coisas que fez no passado), ou mesmo o estado de humor, isto é, o grau de disposição e bem-estar psicológico e emocional da pessoa (Gilbert, 2002).

A vergonha é geralmente reconhecida como uma emoção negativa particularmente intensa e muitas vezes incapacitante, que envolve sentimentos de impotência, de inferioridade e autoconsciência, juntamente com o desejo de esconder aspetos mais negativos do eu (Tangney, Miller, Flicker & Barlow, 1996; Wicker, Payne & Morgan, 1983). Para além disso, a vergonha pode ser considerada como um conjunto complexo de sentimentos, cognições e ações, cuja complexidade exata pode variar de pessoa para pessoa (Gilbert, 2002), sendo um sentimento que é desencadeado quando é posta em causa a autoimagem e a identidade (Del Rosario & White, 2006). O medo da vergonha e do ridículo pode ser tão forte que as pessoas arriscam danos físicos severos e até morte para os evitar (Gilbert, 2003). Assim, a vergonha é um medo tão angustiante relativamente à maneira como o sujeito pensa que existe na mente das outras pessoas, que é muitas vezes acompanhada da ideia de que essas avaliações negativas são verdadeiras (Lee, 2010). Os aspetos da vergonha parecem especialmente relevantes na infância e adolescência, uma vez que as competições sociais se tornam mais intensas (Gilbert & Irons, 2009).

A vergonha inclui emoções e autoavaliações que surgem comumente quando os ambientes sociais são hostis, os recursos são relativamente poucos e não existe apoio ou carinho. Parece que a propensão a estes sentimentos e avaliações são uma vulnerabilidade das experiências da primeira infância (Gilbert & Irons, 2009).

O interesse pelo estudo da vergonha como uma emoção central em perturbações psicológicas tem vindo a crescer ao longo das últimas décadas (Claesson & Sholberg, 2002).

Embora tenham existido inúmeras discussões acerca da relação da vergonha com a psicopatologia, o seu papel no aparecimento de perturbações em particular, tem sido relativamente negligenciado (Andrews, Qian & Valentine, 2002). No entanto, a vergonha tem sido empiricamente relacionada com diversas patologias (Cook, 1994), o que é uma razão importante para prestar atenção a possíveis antecedentes e características (Claesson & Sholberg, 2002).

1.3.1. Vergonha Interna vs. Vergonha Externa

Gilbert (2000a) considera a existência de duas dimensões distintas da vergonha: a vergonha interna e a vergonha externa. A distinção entre estes dois conceitos é importante, todavia, nem sempre é considerada (Gilbert, 1998a).

No que concerne à vergonha interna, esta relaciona-se com as cognições e afetos que o indivíduo tem sobre os seus próprios atributos, características, personalidade e comportamentos (Gilbert, 2000a), sendo que o foco de atenção é sobre o *self*, ou seja, sobre o *eu* (Gilbert & Procter, 2006). Está, por isso mesmo, relacionada com autoavaliações negativas e autodirigidas, como por exemplo, sentimentos de autorrejeição (Gilbert, 2000a; Gilbert & Irons, 2009), sendo que o sujeito se considera como inadequado, defeituoso, fraco e indesejado (Gilbert & Procter, 2006). Importa ainda referir que a autodesvalorização e o autocriticismo são componentes centrais da vergonha interna (Gilbert & Procter, 2006).

Relativamente à vergonha externa, esta diz respeito aos aspetos que o *Eu* acredita que os outros possam rejeitar, ou seja, receia que os outros o possam ver como inferior, defeituoso e incompetente (Gilbert, 2000a), sendo que, aqui, o indivíduo experiencia o mundo exterior como estando contra ele (Gilbert & Procter, 2006), ou seja, foca a sua atenção no que está a acontecer na mente dos outros sobre si mesmo (Gilbert & Irons, 2009).

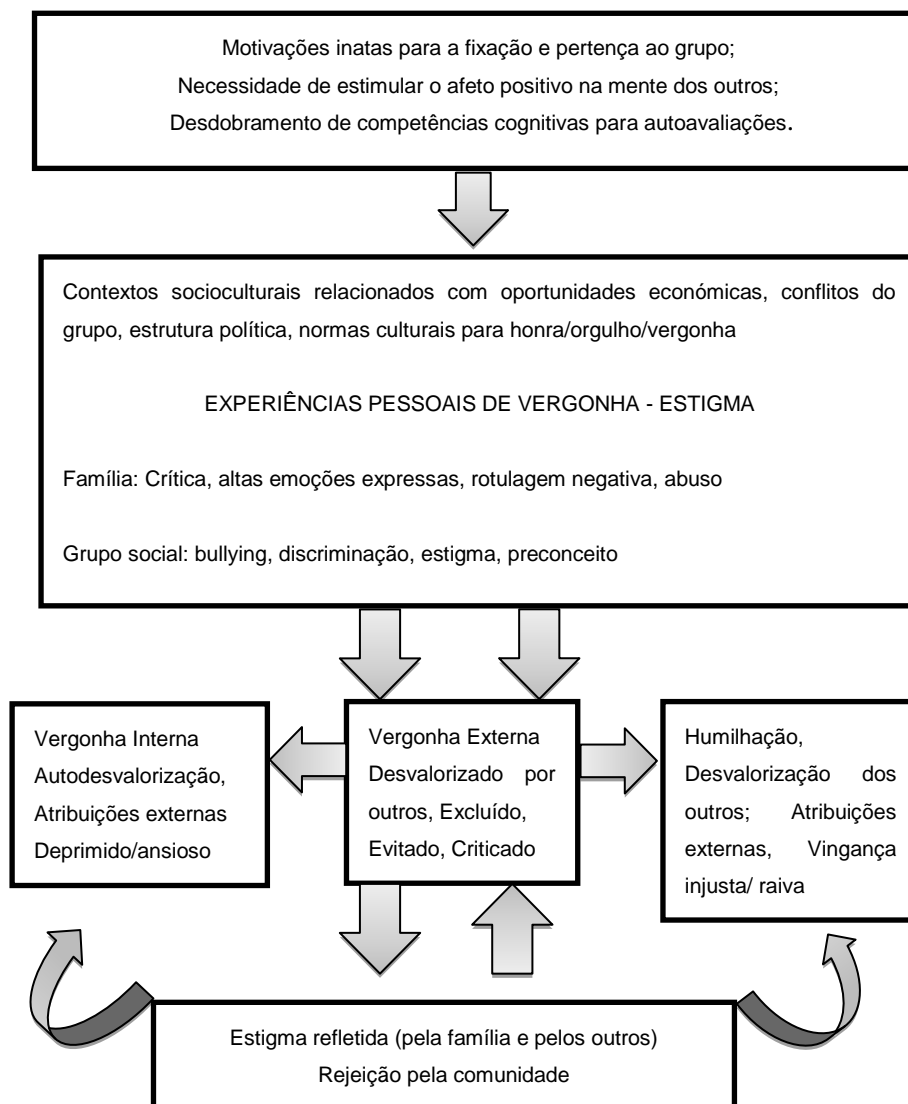
Apesar de estes conceitos reportarem a definições distintas, a verdade é que uma investigação de Goss, Gilbert e Allan (1994) constatou que, houve uma elevada correlação entre as cognições da vergonha interna e da vergonha externa relativamente à consideração de atributos negativos do eu; ou seja, se existe um pensamento acerca de si mesmo como sendo uma pessoa inadequada, é esperado que o indivíduo acredite que os outros o vêm da mesma forma.

Na figura 1, está representado um modelo, onde a vergonha externa fica centralizada para as relações sociais e para as autoavaliações. Este modelo começa por reconhecer os nossos motivos inatos para formar vínculos/ligações com outras pessoas e usar objetos como uma base segura (Bowlby, 1969, 1973). Para além disso, todos os humanos têm necessidades inatas para serem capazes de estimular o afeto positivo nos outros. Isso permite-nos formar vínculos dentro e fora do nosso ambiente familiar. Com o amadurecimento surgem várias competências cognitivas de autoavaliações e também de “pensar sobre” o que está a acontecer na mente dos outros sobre si mesmo. Estas competências cognitivas estão em sintonia na vida social e tornam-se mais intensamente focadas durante a adolescência, nos grupos de pares (Gilbert & Irons, 2009).

Por outro lado, as experiências dos indivíduos ocorrem dentro de contextos sociais e culturais, que podem criar ambientes favoráveis ou hostis e definir o que é atraente e aceitável e aquilo que não é. Estas experiências, resultantes de interações específicas, indicam se o indivíduo é considerado atraente, aceite, pertencente ou estimado, ao invés de ser pouco atraente e vulnerável em situações sociais. É esta última situação que abre a possibilidade de experiências de vergonha (Gilbert & Irons, 2009).

O centro deste modelo é a vergonha externa, onde experienciamos a forma “como nós existimos na mente dos outros”. É quando sentimos que os outros nos veem de forma negativa, nomeadamente, com desprezo ou desejo de criticar, excluir ou evitar, que a vergonha externa é ativada (Gilbert & Irons, 2009). Uma componente essencial deste modelo é que esta experiência do outro como uma ameaça a si mesmo, ativa diferentes tipos de defesas. A vergonha interna é onde existe identificação com a mente do outro, de tal forma que a pessoa se desvaloriza. Quando a resposta defensiva é proeminente, a humilhação é a natureza da experiência. Assim, a humilhação envolve uma atribuição de que a imagem negativa do outro sobre o *eu* é devida a alguma maldade por parte do outro (Gilbert, 1998a). Este modelo distingue então, entre defesas internas e externas para a mesma ameaça, ou seja, a avaliação negativa por parte dos outros (Gilbert & Irons, 2009).

Figura 1. Modelo evolucionário e biopsicossocial da vergonha (adaptado de Gilbert & Irons, 2009).



1.3.2. Ansiedade Social e Vergonha

Sentir vergonha sem sentir qualquer tipo de ansiedade, não parece ser possível. Isto porque, quando sentimos vergonha, não estamos somente cientes de que podemos estar a ser alvo do escrutínio por parte dos outros, mas ficamos simultânea e imediatamente ativados (Gilbert, 1998b)

Vários autores referem que a ansiedade social e a vergonha apresentam algumas semelhanças. Por exemplo, pessoas com vergonha e ansiedade social revelam menos vezes contacto visual, são mais suscetíveis a sentimentos negativos, tais como o medo, inferioridade ou evitamento, e tendem a perceber as situações de forma mais negativa, interpretando, muitas vezes, estímulos neutros como informações negativas acerca delas próprias (Hofman & Barlow, 2002; Tangney & Fischer, 1995).

Os resultados de um estudo de Gilbert (2000a) revelaram que depois de se controlar a sintomatologia depressiva, a vergonha, tanto a vergonha interna como a vergonha externa, permanece significativamente correlacionada com a ansiedade social. Isto leva-nos a ponderar que em sujeitos deprimidos a vergonha possa atuar primariamente através da ansiedade social. Concordantemente, Lutwak e Ferrari (1997) realizaram um estudo no qual encontraram que a propensão para a vergonha estava significativamente relacionada com ansiedade na interação social.

No mesmo sentido, num estudo, realizado por Gilbert e Miles (2000), revelou correlações significativas entre a vergonha externa e a ansiedade social.

Também num estudo levado a cabo por Xavier (2011), numa amostra adulta da população geral (estudantes universitários portugueses) encontrou a existência de associações entre a ansiedade social e a vergonha interna e vergonha externa. Para além disto, ainda neste estudo de Xavier (2011), como principais preditores da ansiedade social foram encontradas a vergonha interna e a vergonha externa.

Num estudo realizado com adolescentes portugueses, entre os 14 e os 19 anos (Carvalho, 2011), foi encontrada uma relação específica entre vergonha externa e ansiedade social, principalmente no que diz respeito ao fator de inferioridade, que foi aquele que revelou uma correlação mais significativa. Este estudo encontrou ainda que a vergonha externa é um preditor explicativo da ansiedade social quer no sexo masculino, quer no sexo feminino, sendo que no sexo masculino o fator vazio da Escala de Vergonha Externa (OAS) foi o único que não se demonstrou um preditor significativo.

Por último, Januário (2011), num estudo realizado com adolescentes portugueses, encontrou que a ansiedade social estava relacionada com a vergonha interna, e com a vergonha externa, sendo que nesta última, apenas com o fator vazio, essa correlação não foi encontrada. Foram ainda encontrados como preditores estatisticamente significativos da ansiedade social de interação a vergonha interna e o fator Inferioridade da Escala de Vergonha Externa, tendo sido esta última variável o melhor preditor da ansiedade social.

1.3.3. Autocriticismo

Como referido anteriormente, segundo a Teoria das Mentalidades Sociais, o autocriticismo pode atuar a um nível interno de dominância-subordinação (relação *eu* com o *eu*), onde uma parte do *eu* ameaça, envergonha e desvaloriza, e a outra parte submete-se, sentindo-se, então, abatida (com baixo *ranking* social) (Gilbert, 2000b; Gilbert *et al.*, 2004; Gilbert & Irons, 2005).

O autocriticismo tem estado associado ao conceito de vergonha (Cheung, Gilbert & Irons, 2004), sendo um processo complexo que assume diferentes formas e funções (Gilbert *et al.*, 2004). Em relação às formas, os autores defendem que a autocrítica pode apresentar duas formas distintas, existindo também uma forma de autotranquilização. Em primeiro lugar a forma *Eu-inadequado*. Esta remete para a autocrítica que é baseada em erros e inadequações do *eu* e num sentimento de merecimento das críticas. Implica também que o sujeito se sinta internamente inferiorizado e derrotado pelos próprios pensamentos críticos, não conseguindo aceitar os fracassos e desapontando-se facilmente consigo próprio. A outra forma da autocrítica é o *Eu-detestado*. Esta refere-se a sentimentos de agressividade, autopunição, repugnância e perseguição que o sujeito tem contra si, trazidos pelo desejo agressivo de maltratar e insultar o *eu*. Por fim, a forma de autotranquilização, denominada por *Eu-tranquilizador*, contempla a noção de afeto pelo *eu*, a compreensão pela própria condição e encorajamento para o futuro. Esta forma indica uma disposição positiva do *eu*, de continuar a gostar e a cuidar de si, mesmo em situações de embaraço e decepção, onde está presente a capacidade de se tranquilizar e acalmar. (Gilbert *et al.*, 2004).

Quanto às funções, os autores Gilbert *et al.* (2004), descrevem duas funções: a de *Autocorreção* e a de *Autoperseguição/Auto-Ataque*. Estas funções refletem as razões pelas quais as pessoas se autocriticam. Em relação à primeira, esta tem como objetivo o aperfeiçoamento do *eu*, para assim, evitar futuros erros e embaraços. Esta função funciona como uma espécie de autocoesão, que o sujeito considera para “o seu próprio bem”. Por outro lado, a forma de *Autoperseguição/Auto-Ataque*, relaciona-se com um desejo de vingança e destruição de uma parte do *eu* considerada má e fraca, sendo que por isso, deve ser eliminada. Esta função manifesta-se por castigos do próprio *eu*, onde o sujeito ataca a parte de si que mais detesta e rejeita. Este último componente é aquele que se assume como sendo mais patogénico (apresentando associações mais significativas com a depressão) (Gilbert *et al.*, 2004).

O conceito de autocriticismo está relacionado com a maneira como as pessoas se relacionam consigo face a situações de falha e desapontamento pessoal, o que as leva a adotar uma atitude dura, crítica e punitiva para consigo mesmas (Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010).

De uma forma geral, o autocriticismo é ativado quando as pessoas sentem que falharam em tarefas importantes. No entanto, existem alternativas à resposta autocrítica, nomeadamente a autotranquilização ou a compaixão pelo *eu*, isto é, face a situações de desapontamento pessoal, o indivíduo pode tentar compreender-se e tranquilizar-se, focando-se nas suas

capacidades e virtudes para conseguir lidar de uma maneira mais adequada com as situações e encorajar-se perante o futuro (Gilbert *et al.*, 2004).

Para Whelton e Greenberg (2005), o autocrítico é secundário à incapacidade do *self* para contra-argumentar os ataques autocríticos.

Gilbert *et al.* (2004), referem que “quando as coisas correm mal”, aqueles que são autocríticos, comparados com aqueles que se autotranquilizam, tem um risco mais elevado de desenvolver psicopatologia. Concomitantemente, num estudo de Amaral, Castilho e Pinto-Gouveia (2010), os resultados encontrados revelaram que os sujeitos mais autocríticos e ruminadores experienciavam mais afeto negativo, e recorriam mais ao pensamento ruminativo. Pelo contrário, a autotranquilização em momentos de fracasso associava-se positivamente com a vivência de afetos positivos. Ainda neste estudo encontraram que o autocrítico aumenta a vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva, e que existia uma relação positiva e significativa entre as experiências de subordinação na infância e o autocrítico.

Também Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus e Palmer (2006), revelaram que o autocrítico estava correlacionado com sentimentos de inferioridade perante os outros, contrariamente à autotranquilização que estava relacionada com comparações sociais mais favoráveis. Na mesma linha, um estudo de Mongrain, Vettese, Shuster e Kendal (1998), revelou que o autocrítico se encontrava relacionado com a inferioridade, ao divulgar que o autocrítico estava associado a sentimentos de ser subordinado e inferior.

1.3.3.1. Ansiedade social e Autocrítico

O autocrítico, assim como a vergonha, aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações, e aumentam o risco de recaída (Tangney & Dearing, 2002). Descobertas recentes sugerem que o excesso de autocrítico pode, por isso mesmo, constituir uma vulnerabilidade para o aparecimento de fobia social, de depressão (Cox, Walker, Enns & Karpinski, 2002), e para o desenvolvimento de relações interpessoais pobres (Gilbert *et al.*, 2004).

Autocrítico elevado é uma presumível vulnerabilidade psicológica para a depressão, e descobertas recentes indicam que pode também ser considerada uma vulnerabilidade para o aparecimento de fobia social, podendo ser apontado como um importante processo psicológico no desenvolvimento, manutenção e curso da fobia social (Cox, Walker, Enns & Karpinski, 2002).

Gilbert e Procter (2006), num estudo realizado, concluíram que indivíduos com níveis mais elevados de autocrítico expressam críticas com maior “desprezo”, apresentando menos resiliência ao autocrítico, e experienciam maior tristeza e vergonha.

Num estudo de Bagby *et al.* (1992), encontraram que sujeitos com depressão apresentaram níveis de autocrítico mais elevados do que sujeitos com perturbação de pânico. Cox *et al.* (2000), por sua vez

verificaram que os sujeitos com depressão apresentaram níveis mais elevados de autocrítica do que os sujeitos com fobia social; e ainda neste estudo encontraram que os níveis de autocrítica em indivíduos com fobia social eram três vezes maior ao nível de autocrítica na mesma amostra com sujeitos com perturbação de pânico do estudo de Bagby *et al.* (1992). Cox, Walker, Enns & Karpinski (2002) encontraram, ainda, que a mudança do nível de autocrítica no decurso do tratamento da fobia social estava associada aos resultados obtidos em medidas de fobia social. As correlações entre ansiedade social e autocrítica, permaneceram significativas mesmo quando a depressão foi controlada.

Num estudo de Cox, Fleet e Stein (2004) sujeitos com diagnóstico de fobia social obtiveram pontuações de autocrítica estatisticamente mais elevadas comparativamente com indivíduos sem história de perturbações de ansiedade, perturbação de humor e consumo de substâncias. Ainda neste estudo, os autores, verificaram que sujeitos sem história recente de fobia social (pelo menos 12 meses), mas com um passado de fobia social exibem um maior nível de autocrítica comparativamente a indivíduos sem perturbações de ansiedade, perturbação de humor e consumo de substâncias, sendo que a diferença foi estatisticamente significativa. Foi também analisado neste estudo, a comparação entre início precoce de fobia social e início tardio. Os resultados encontrados revelaram que os sujeitos com fobia social de início precoce (\leq a 12anos) revelaram níveis de autocrítica mais elevados do que os sujeitos com fobia social de início tardio (\geq 14anos). Neste estudo foi analisada a pontuação de autocrítica em 5 grupos, sendo eles: grupo de fobia social generalizada, grupo de fobia social específica de falar em público, grupo de sujeitos com fobia social e depressão comórbidas, um grupo com perturbação de pânico, um grupo com depressão major e um grupo sem patologia (sem perturbações de ansiedade, humor ou consumo de substâncias). Os resultados revelaram que o grupo com fobia social generalizada e o grupo com fobia social e depressão comórbidas, obtiveram pontuações significativamente mais elevadas de autocrítica do que os restantes grupos; o grupo de fobia social generalizada teve níveis de autocrítica mais elevados do que os restantes grupos com diagnóstico, que por sua vez, obtiveram pontuações significativamente mais elevadas em comparação com o grupo de sujeitos sem perturbações de ansiedade, humor ou consumo de substâncias. Por fim, este estudo revelou ainda que o nível de autocrítica foi um preditor da ansiedade social.

Em última instância, de referir que num estudo de Shahar e Gilboa-Shechtman (2007) numa análise de regressão, verificaram que o autocrítica era um fator preditor estatisticamente significativo da ansiedade social.

Considerando toda a informação atrás referida, é visível que a fobia social é uma perturbação bastante prevalente, com uma grande interferência e invalidação na vida do adolescente. Constatámos também que os

construtos de vergonha e autocrítica se encontram bastante associados à presença de psicopatologia, nomeadamente de fobia social. Perante estes factos, torna-se relevante o estudo mais aprofundado destes construtos (vergonha e autocrítica) na fobia social, tentando perceber qual a sua relação, nomeadamente, na população adolescente, onde a literatura é, ainda, bastante escassa. É com base no referido que se realiza a presente dissertação e respetivos estudos, apresentados a seguir.

II - Objetivos

2.1. Estudo 1. Comparação intergrupos relativamente à Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocrítica.

Como constatado através do enquadramento conceptual, a perturbação de ansiedade social é considerada uma perturbação de início precoce, crónica, e com elevada comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente outras perturbações de ansiedade, sendo, por isso mesmo, essencial a sua deteção e intervenção precoce, com o objetivo de evitar desajustamento pessoal e social subsequente, e contribuir para uma qualidade de vida adequada (Beidel, Morris & Turner, 2004). Todavia, apesar da sua elevada invalidação, existem poucos estudos quando se fala de individualizar a população adolescente, uma vez que a fobia social tem sido mais estudada em amostras mistas de crianças e adolescentes, ou de adolescentes e adultos; ou seja, raramente a fobia social nos adolescentes foi examinada separadamente (Beidel, Turner, Young, Ammerman, Sallee & Crosby, 2007) e recorrendo a amostras clínicas. Para além de poucos estudos relativos à problemática da fobia social em adolescentes, muito menos estudos se encontram quando se juntam os construtos de vergonha interna (VI), vergonha externa (VE) e autocrítica (AC). Estes construtos podem contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da fobia social generalizada, sendo assim, relevante o seu estudo numa população adolescente clínica.

Perante estes dados, o presente estudo tem como principal objetivo estudar a relação da fobia social com os conceitos de VI, VE e AC. Assim, propõe-se estudar e comparar um grupo de adolescentes com fobia social generalizada, com um grupo de adolescentes com diferentes perturbações de ansiedade, de modo a explorar possíveis diferenças na relação entre a fobia social generalizada *versus* outras perturbações de ansiedade e os construtos em estudo (VI, VE e AC). Para além de se estudar a relação destes construtos num grupo de adolescentes com fobia social generalizada e num grupo com outras perturbações de ansiedade, será também alvo de investigação, um grupo de adolescentes com ausência de patologia, que funcionará como grupo de controlo na investigação.

Tendo em conta os objetivos gerais supracitados, apresentam-se, então, como objetivos específicos:

1. Explorar diferenças significativas entre fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e população com ausência de patologia, relativamente à VI.
2. Explorar diferenças significativas entre fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e população com ausência de patologia, relativamente à VE.
3. Explorar diferenças significativas entre fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e população com ausência de patologia, relativamente ao AC.

Tendo em conta todos os objetivos referidos, apresentam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Em relação à VI:

H1. Esperam-se pontuações significativamente superiores de VI em indivíduos com fobia social generalizada comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e com ausência de patologia.

Em relação à VE:

H2. Esperam-se pontuações significativamente superiores de VE em indivíduos com fobia social generalizada comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e com ausência de patologia.

Em relação ao AC:

H3. Esperam-se pontuações significativamente superiores de AC em indivíduos com fobia social generalizada comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e com ausência de patologia

H4. Esperam-se pontuações significativamente inferiores no fator eu-tranquilizador do FSCRS em indivíduos com fobia social generalizada comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e com ausência de patologia.

2.2. Estudo 2. Fobia Social Generalizada, Vergonha e Autocriticismo

Os objetivos do presente estudo prendem-se com a importância do estudo dos construtos de vergonha interna, vergonha externa e autocriticismo na fobia social generalizada, em particular, e da sua pertinência em amostras clínicas de adolescentes, procurando explorar qual o papel destes construtos na fobia social generalizada. Pelo exposto, este estudo tem como principal

objetivo estudar as relações da fobia social generalizada com os conceitos de VI, VE e AC. Assim, e tendo em conta os objetivos gerais referidos, apresentam-se como objetivos específicos:

1. Explorar relações existentes entre a ansiedade social e os construtos de VI, VE e AC.
2. Explorar o papel da VI, VE e AC, enquanto preditores de ansiedade social.

Tendo por base os objetivos supracitados, apresentam-se as seguintes hipóteses:

H1. Espera-se uma relação positiva e significativa entre ansiedade social e VI, VE e AC, ou seja, quanto mais elevada a ansiedade social, mais elevada será a VI, a VE e o AC.

H2. Espera-se uma relação negativa e significativa entre ansiedade social e autotranquilização.

H3. Os construtos VI, VE e AC serão fatores preditores de ansiedade social.

III – Estudo 1. Comparação intergrupos relativamente à Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocriticismo.

3.1. Metodologia

3.1.1. Amostra

Com o intuito de atingir os objetivos referidos, foi constituída uma amostra de adolescentes dos 14 aos 18 anos. Esta foi recolhida em 8 escolas de Ensino Básico (9º ano) e Secundário (10º, 11º e 12º anos) da zona centro do país e também em vários Centros de Saúde, Hospitais e Clínicas da mesma zona.

Os critérios de inclusão foram, desde logo, a idade dos sujeitos (dos 14 aos 18 anos, inclusive), a presença de fobia social ou de outras perturbações de ansiedade, assim como a total ausência de psicopatologia. Como critérios de exclusão foram considerados todos os protocolos incompletos ou que revelassem incompreensão por parte dos participantes, manifestada pelo incumprimento claro das instruções de resposta.

A amostra final do presente estudo ficou constituída por um total de 97 adolescentes. Esta dividiu-se ainda em três grupos: grupo de Fobia Social Generalizada (FSG), grupos de Outras Perturbações de Ansiedade (OPA) e o grupo com Ausência de Patologia (N). Através da análise por género,

verificou-se que a maioria dos participantes é do género feminino (64.9% da amostra total), e esta distribuição foi equivalente nos três grupos em estudo (83.8% no grupo com fobia social generalizada; 64% no grupo com outras perturbações de ansiedade; e 45.7% no grupo com ausência de patologia). A comparação dos grupos relativamente ao género, utilizando o teste de qui-quadrado, revelou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=11.464$; $p=.003$) (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos grupos em estudo por género. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças.

Grupo	Género masculino		Género feminino		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
FSG	6	16.2	31	83.8	37	100		
OPA	9	36	16	64	25	100	11.464	.003
N	19	54.3	16	45.7	35	100		
Total	34	35.1	63	64.9	97	100		

Nota: FSG = grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = grupo de Outras Perturbações de Ansiedade; N = grupo com ausência de patologia.

Relativamente à idade, verificou-se que a média de anos da amostra foi de 15.95 (DP=1.306), sendo que as médias dos grupos se encontram bastante próximas entre si: 16.19 (DP=1.198) no grupo de fobia social generalizada; 15.80 (DP=1.443) no grupo de outras perturbações de ansiedade; e 15.77 (DP=1.308) no grupo com ausência de patologia. As diferenças dos valores médios da variável idade não se apresentam estatisticamente significativos, quando calculada uma análise de variância (One-way ANOVA) [$F=1.112$; $p=.333$]. Assim, é possível afirmar que os adolescentes que constituem os três grupos em estudo, não se distinguem na variável idade (cf. Quadro 2).

Quadro 2. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades dos grupos em estudo. ANOVA para verificação de diferenças.

Grupos	N	M	DP	F	P
FSG	37	16.19	1.198		
OPA	25	15.80	1.443	1.112	.333
N	35	15.77	1.308		
Total	97	15.94	1.306		

Nota: FSG = grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = grupo de Outras Perturbações de Ansiedade; N = grupo com ausência de patologia.

Quanto à escolaridade, verificou-se que a média geral de anos de escolaridade foi de 10.32 (DP=1.777). Os três grupos em estudo apresentam uma média de anos de escolaridade bastante próxima entre si, sendo que o grupo de fobia social generalizada apresenta uma média de 10.49 (DP=1.170), o grupo de outras perturbações de ansiedade de 10.20 (DP=1.354) e, por fim, o grupo com ausência de patologia de 10.23

(DP=1.060). Assim, é possível concluir que as diferenças nesta variável entre os grupos em estudo não se revelam estatisticamente significativas [F=.600; $p=.551$] quando calculada uma análise de variância (One-way ANOVA) (cf. Quadro 3).

Quadro 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
FSG	37	10.49	1.170		
OPA	25	10.20	1.354	.600	.551
N	35	10.23	1.060		
Total	97	10.32	1.777		

Nota: FSG = grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = grupo de Outras Perturbações de Ansiedade; N = grupo com ausência de patologia.

3.1.2. Instrumentos

Com o intuito de levar a cabo a presente investigação, recorreu-se a uma bateria de instrumentos de autorresposta e a uma entrevista de diagnóstico, a ADIS-C (cf. Anexo A). Os instrumentos utilizados serão apresentados a seguir.

Os três primeiros instrumentos apresentados foram utilizados para o processo de *screening* da amostra, sendo que para além deste objetivo a Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), foi também utilizada para as análises do estudo 2. Nesta sequência a consistência interna dos 3 instrumentos diz respeito ao total da amostra; as consistências internas de todos os instrumentos referentes a cada um dos grupos encontram-se no quadro 4.

✓ **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)**

Esta escala tem como objetivo avaliar as experiências de ansiedade social e o medo de avaliação negativa dos adolescentes no contexto das relações com os pares. É uma escala de autorresposta, constituída por 22 itens, sendo que 18 estão relacionados com a ansiedade e 4 são neutros ou *filler items*¹. Os itens desta escala são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, sendo 1=de forma nenhuma e 5=todas as vezes. A escala é composta por 3 subescalas: Medo de Avaliação Negativa (FNE – *Fear of Negative Evaluation*; reflete medos e preocupações relativas à possibilidade de uma avaliação negativa por parte dos outros), Desconforto e Evitamento Social em Situações Novas (SAD-New - *Social Avoidant and Distress Specific to*

¹ Itens que avaliam preferências sociais e atividades (e.g., gosto de praticar desportos) dispersos pela escala, destinados a reduzir o enviesamento das respostas resultante de uma eventual avaliação negativa dos sujeitos e não são contabilizadas no resultado total.

New Situations; é constituída por itens que avaliam a ansiedade em situações sociais novas ou com pessoas desconhecidas) e Desconforto e Evitamento Social Generalizado (SAD-General – *Generalized Social Avoidance and Distress*; avalia a ansiedade e inibição em situações sociais mais gerais, incluindo pessoas conhecidas). A SAS-A demonstrou uma boa consistência interna (La Greca & Lopez, 1998), boa fidelidade teste-reteste, boa validade concorrente e boa validade discriminante (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000). A versão Portuguesa desta escala (Cunha, Pinto Gouveia, Alegre & Salvador, 2004) tem uma estrutura semelhante à versão americana constituída por 3 fatores. A escala apresenta uma boa consistência interna, quer para o total da escala ($\alpha = .88$), quer para as subescalas (FNE: $\alpha = .87$; SAD-N: $\alpha = .74$; SAD-G: $\alpha = .71$), uma estabilidade temporal aceitável ($r = .74$) e uma validade convergente e divergente consideradas satisfatórias. Demonstrou também ser sensível a mudanças resultantes do tratamento (Salvador, 2009).

A consistência interna desta escala para o total da amostra foi de .96, revelando-se uma consistência interna muito boa.

✓ **Reações aos Testes** (RT; Reaction to Tests; Sarason, 1984; Baptista, Soczka & Pinto, 1989; Vicente, 2011)

O Reações aos Testes (RT) é um questionário de autorresposta com o objetivo de avaliar a ansiedade a testes. Na sua versão original (Sarason, 1984) era constituído por 40 itens, tendo sido eliminados 6 itens na versão portuguesa (Baptista e colaboradores, 1989). Assim, é constituído por 34 itens, distribuídos por 4 fatores: pensamentos irrelevantes (que se refere a imagens, fantasias e pensamentos em relação aos testes), tensão (relacionado com o estado afetivo), preocupação (referente a autoavaliações negativas), e por fim sintomas somáticos (relacionados com reações fisiológicas). Permite ainda a obtenção de um resultado total de Reação aos Testes. A consistência interna para o total da escala, na versão original, foi de $\alpha = .78$, variando nos fatores entre $\alpha = .68$ e $\alpha = .81$. Na versão portuguesa a consistência interna foi de $\alpha = .93$, e para os fatores variou entre $\alpha = .75$ e $\alpha = .90$ (pensamentos irrelevantes $\alpha = .90$; tensão $\alpha = .89$, preocupação $\alpha = .85$ e sintomas somáticos $\alpha = .75$). A estabilidade temporal foi de .83 para o total da escala. Esta escala revela, assim, uma boa consistência interna e uma boa validade convergente, demonstrando ainda ser sensível a mudanças resultantes do tratamento (Salvador, 2009).

A consistência interna desta escala para o total da amostra foi de .96, o que revela uma consistência interna muito boa.

✓ **Inventário de Depressão para Crianças** (CDI; Children's Depression Inventory; Kovacs, 1985; Marujo, 1994)

O CDI é um questionário de autorresposta que tem como objetivo avaliar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes. É constituído por 27 itens, em que cada um apresenta três possibilidades de resposta, classificadas entre 0 (ausência de problema) e 2 (problema grave). O jovem deve escolher a frase que melhor se adequa aos sentimentos que

experienciou nas duas semanas precedentes ao preenchimento do questionário. A cotação total é obtida através da soma da pontuação de todos os itens, sendo que, quanto maior for a cotação, maior é a gravidade dos sintomas depressivos. Este questionário, apresenta uma boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* entre .70 e .86) (Marujo, 1994; Dias & Gonçalves, 1999) e uma fiabilidade teste-reteste aceitável (Smucker, Craighead, Craighead & Green, 1986). A versão portuguesa do CDI (Marujo, 1994), apresenta uma boa precisão (*Alpha de Cronbach* de .80) e também uma boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* de .84). Contudo, a estrutura multidimensional com as 5 subescalas do CDI original, não foi replicada, tendo sido obtida em dois estudos portugueses, uma estrutura unifatorial (Marujo, 1994; Dias & Gonçalves, 1999).

A consistência interna desta escala para o total da amostra foi de .91, o que revelou uma consistência interna muito boa.

✓ **Escala de Vergonha Interna** (ISS; Internalized Shame Scale; Cook, 1994; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011; Januário, 2011)

Esta escala foi desenvolvida por Cook (1994), com o objetivo de constituir uma medida global unidimensional de vergonha interna, sendo que, segundo o autor, não poderia ser decomposta em fatores independentes. Assim, a escala é composta por 30 itens que estão divididos em duas subescalas, em que uma avalia a vergonha interna/internalizada e a outra avalia a autoestima. O autor afirmou que a subescala da vergonha interna é aquela que é central neste questionário, dado que os seus itens são derivados de descrições experienciais de vergonha por parte de doentes (e.g. “*Sinto-me vazio e incompleto*”); ao invés, os 6 itens restantes permitem obter a pontuação total de autoestima, são formulados na positiva (e.g. “*Sinto que tenho muito de que me orgulhar*”), e são utilizados na ISS para prevenir o enviesamento nas respostas. Ainda que, originalmente, a subescala da autoestima não tenha sido construída para ser uma medida independente de autoestima, Cook (1994) afirma que os itens desta escala podem ser utilizados como um indicador breve de autoestima positiva. Na escala original, os coeficientes de correlação foram elevados, sendo o valor de *Alpha de Cronbach* de .95 e .90 para a escala de vergonha e autoestima, respetivamente, apresentando também uma boa estabilidade temporal (corelação teste-reteste de .84 na subescala de vergonha e .69 na de autoestima). Por sua vez, na versão portuguesa para adultos, o valor de *Alpha de Cronbach* foi de .95 e .85 para a subescala de vergonha e autoestima, respetivamente, revelando assim uma excelente consistência interna (Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011), e uma boa estabilidade temporal. Na versão portuguesa para adolescentes (Januário, 2011) o valor de *Alpha de Cronbach* foi de .95 para a subescala de vergonha, o que revela uma excelente consistência interna, e de .84 para a subescala de autoestima, apresentando assim uma boa consistência interna. Apresenta uma estabilidade temporal de .77 para a subescala de vergonha, e de .55 para a subescala de autoestima.

✓ **Escala de Vergonha Externa** (OAS; Other Shamer; Goss, Gilbert & Allan, 1994; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011; Figueira, 2010)

O OAS é constituído por 18 itens que têm por objetivo avaliar a vergonha externa, ou seja, aquilo que as pessoas pensam acerca da forma como os outros as veem. Assim, o que é pedido aos sujeitos é que respondam aos itens, em relação à frequência com que sentem ou experienciam aquilo que é descrito, sendo que a escala é tipo *Likert* de 5 pontos (0=Nunca e 4=Quase Sempre). A estrutura fatorial da escala original é formada por três fatores - inferioridade, vazio e reação dos outros aos meus erros. Na versão portuguesa para adultos (Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011) e para adolescentes (Figueira, 2010) foram obtidos os mesmos três fatores. Relativamente à consistência interna, do estudo de Goss *et al.* (1994), o valor de *Alpha de Cronbach* é de .92, apresentando assim um valor elevado. A aferição desta escala para adolescentes (Figueira, 2010) apresentou uma elevada consistência interna, com um valor de *Alpha de Cronbach* de .93 e .91, para o total da escala e para o fator de inferioridade, respetivamente; e uma boa consistência interna para os fatores de reação dos outros aos meus erros e ao vazio, apresentando um valor de *Alpha de Cronbach* de .81, para ambos os estudos.

✓ **Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização** (FSCRS; Gilbert *et al.*, 2004; tradução e adaptação de Castilho & Pinto Gouveia, 2011; Silva, 2010)

Esta escala é constituída por 41 itens que têm como objetivo avaliar a forma como as pessoas se autocriticam/atacam e autotranquilizam. Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0=Não sou assim; 4=Sou extremamente assim). Esta escala é constituída por três fatores, sendo eles: o *Eu* inadequado, que avalia a sensação de inadequação do *Eu* face a fracassos; o *Eu* tranquilizador, que avalia a capacidade do *Eu* se reconfortar e ter compaixão por si próprio; e o *Eu* detestado, que avalia um sentimento de autorepugnância/ódio e uma resposta destrutiva para com o *Eu*, face a fracassos. A estrutura de 3 fatores foi replicada num estudo de Silva (2010) com população adolescente, sendo que os valores de consistência interna foram de .90 para a subescala do *Eu* inadequado e de .80 para a subescala de *Eu* tranquilizador e .75 para a subescala do *Eu* detestado. Em relação à estabilidade temporal apresentam-se os valores de .89, .66 e .62 para as subescalas do *Eu* inadequado, *Eu* tranquilizador e *Eu* detestado, respetivamente.

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

A ADIS-C é uma entrevista delineada especificamente para diagnosticar perturbações de ansiedade e outras perturbações relacionadas com a infância e adolescência.

Nesta entrevista, o jovem deverá responder “Sim” ou “Não”,

consoante o sintoma esteja ou não presente, sendo que existe a opção “Outro” para respostas como “Não sei” ou “Às Vezes”, mas que deverá ser explorada para se perceber se de facto o sintoma está ou não presente (Silverman, Saavedra & Pina, 2001). Assim, consoante o total de respostas respondidas com “Sim”, é efetuado o cálculo do número total de sintomas e definido se existe o número de sintomas suficientes para efetuar o diagnóstico, de acordo com o DSM-IV (APA, 2000), e se isso acontecer, é perguntado ao jovem quanto é que esses sintomas interferem na sua vida. A interferência referida é avaliada numa escala de 9 pontos (0 a 8, sendo 0=Nenhum; e 8=Muito), sendo que para o diagnóstico ser atribuído é necessário que a interferência obtenha um valor de 4 ou mais.

Em relação aos estudos de fidedignidade teste-reteste, a ADIS-C apresenta uma excelente fidedignidade e precisão nos diagnósticos de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação, e ainda, uma boa precisão na Fobia Social e Perturbação de Ansiedade Generalizada. Foi também verificada uma boa validade concorrente nos diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Pânico (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). Na população clínica (crianças e adolescentes) com Fobia Social esta entrevista mostrou ser sensível a mudanças derivadas do tratamento (Salvador, 2009). A ADIS-C foi traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Cunha e Salvador (Salvador, 2009), não existindo ainda estudos acerca da sua validade nesta população.

No quadro 4, são apresentadas as consistências internas dos instrumentos utilizados nos dois estudos da dissertação, nos três grupos em estudo (fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e ausência de patologia). À exceção do fator 3 (eu-detestado) do FSCRS, todos os valores de consistências internas² variam entre moderados e muito bons.

² No cálculo da consistência interna são tidos como referência os valores estipulados por Pestana e Gageiro (2008), que consideram valores de consistência interna inferiores a .60 como inadmissíveis; entre .61 e .70 como fracos; entre .71 e .80 como razoáveis; entre .81 e .90 como bons; e superiores a .91 como muito bons.

Quadro 4. Consistências internas dos instrumentos utilizados nos dois estudos, nos três grupos: FSG, OPA e N.

Escalas	α		
	FSG	OPA	N
SAS-A_total	.90	.78	.72
ISS_vergonha	.96	.91	.93
OAS_fator1	.93	.91	.84
OAS_fator2	.92	.78	.77
OAS_fator3	.89	.79	.79
OAS_som	.96	.92	.91
FSCRS_fator1	.90	.88	.86
FSCRS_fator2	.89	.83	.80
FSCRS_fator3	.84	.36	.57
FSCRS_fator1e3	.91	.87	.87
CDI_som	.90	.78	.72
RT_total	.95	.96	.94

Nota. FSG = grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = grupo de Outras Perturbações de Ansiedade; N = grupo com Ausência de Patologia; ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator Vergonha; OAS_fator1 = fator Inferioridade da Escala de Vergonha Externa; OAS_fator2 = fator Reação dos Outros aos Meus Erros da Escala de Vergonha Externa; OAS_fator3 = fator Vazio da Escala de Vergonha Externa; OAS_som = total da Escala de Vergonha Externa; FSCRS_fator 1 = fator Eu-Inadequado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator2 = fator Eu-Tranquilizador da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator3 = fator Eu-Detestado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator1e3 = soma dos fatores Eu-Inadequado e Eu-Detestado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; SAS-A_total = total da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; RT_total = total da Escala Reações aos Testes.

3.1.3. Procedimento

Na fase inicial, foram contactadas várias escolas básicas (9º ano) e secundárias (10º, 11º e 12º ano) da zona centro do país, e requerida a autorização para a recolha da amostra nas respetivas instituições de ensino, junto dos diretores executivos (cf. Anexo B). No pedido de autorização

foram explanados todos os objetivos da investigação, apresentando ainda uma breve descrição da mesma.

Antes de iniciarmos o processo de recolha da amostra nas escolas, foram entregues autorizações aos pais/ encarregados de educação dos alunos (cf. Anexo C), e consentimento informado aos alunos (cf. Anexo D), e só se procedeu ao início da aplicação dos protocolos depois de serem dadas essas autorizações, quer pelos pais, quer pelo próprio educando.

Para a recolha da amostra clínica, foram também contactados vários Centros de Saúde, Clínicas e Hospitais da mesma zona referida anteriormente. Também aqui, foram entregues pedidos de autorizações aos respetivos diretores/conselhos de administração (cf. Anexo E), e após o seu consentimento, entregues pedidos de autorizações aos pais/encarregados de educação dos pacientes (cf. Anexo C) assim como o consentimento informado aos pacientes (cf. Anexo D). Estes poderiam estar em qualquer fase do tratamento terapêutico.

Quer em contexto escolar quer em contexto clínico, foi explicado aos diretores, professores, psicólogos, pais/encarregados de educação, e também aos participantes da investigação o objetivo do estudo, com a explicação do procedimento da investigação, incluindo a confidencialidade, assim como a participação voluntária do adolescente na mesma. É de salientar que, em contexto clínico, os profissionais de saúde que seguiam os adolescentes apenas sinalizaram aqueles que apresentavam sintomas de ansiedade, sendo que o investigador procedia à aplicação da ADIS-C, com posterior atribuição de diagnóstico, e da bateria de instrumentos.

A amostra clínica foi também recolhida em algumas escolas, depois da realização do processo de *screening* efetuado nas mesmas. Deste modo, após o preenchimento dos questionários do *screening* (RT, SAS-A e CDI), estes foram analisados e verificado o ponto de corte. Quando as pontuações se encontravam acima do ponto de corte nos questionários referidos, era realizada a ADIS-C. A partir deste ponto, o sujeito podia pertencer à amostra clínica com fobia social generalizada ou com outras perturbações de ansiedade ou poderia, ainda, ser excluído. A amostra clínica ficou, portanto, dividida em dois grupos: adolescentes com diagnóstico de Perturbação de Fobia Social Generalizada e adolescentes com diagnóstico de outras Perturbações de Ansiedade, que não Fobia Social.

A amostra de adolescentes sem qualquer psicopatologia foi também recolhida nas escolas. Aqui o procedimento foi semelhante ao descrito para a amostra clínica recolhida nas escolas, sendo que para a amostra normal (sujeitos com ausência de psicopatologia) nos questionários de *screening* (RT, SAS-A e CDI), os indivíduos tiveram de pontuar abaixo do ponto de corte dos mesmos instrumentos. Posteriormente foi também passada a ADIS-C para confirmação de ausência de qualquer diagnóstico, bem como a bateria de instrumentos.

A bateria de testes apresentada foi constituída por 6 questionários de autorresposta, por uma folha de rosto do protocolo de investigação (cf. Anexo F), por um questionário sociodemográfico (cf. Anexo G) e pela entrevista ADIS-C. O preenchimento do protocolo demorou cerca de 20

minutos, e a administração da entrevista demorou entre 40 a 50 minutos. De salientar que a ordem do preenchimento dos questionários foi balanceada, quer em contexto clínico, quer em contexto escolar, para evitar possíveis efeitos do cansaço.

Posteriormente à recolha dos dados procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS (versão 20.0). Os procedimentos estatísticos utilizados na investigação serão descritos no ponto correspondente à descrição dos resultados.

3.1.4. Resultados

Neste estudo procurou-se explorar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo: fobia social generalizada (FSG), outras perturbações de ansiedade (OPA) e ausência de patologia (N), em relação aos construtos de vergonha interna (medida pela escala ISS), vergonha externa (medida pela escala OAS) e autocrítica (medido pela escala FSCRS). Relativamente ao construto de vergonha interna, optámos apenas por analisar o fator de vergonha da escala (ISS) e não o fator de autoestima, por não se constituir objetivo do presente estudo. Ao nível da vergonha externa, optámos por analisar não só a medida total que a escala avalia (OAS_total), mas também os fatores que compõem a mesma, nomeadamente, o fator 1 – inferioridade, o fator 2 – reação dos outros aos meus erros, e por fim o fator 3 – vazio. Por fim, e relativamente à escala que avalia o autocrítica (FSCRS), foram avaliados separadamente os 3 fatores que compõem a mesma escala, sendo eles o eu- inadequado, eu- tranquilizador e o eu- detestado.

Para a comparação dos três grupos em estudo, recorreu-se à análise de variância (One-way ANOVA). No entanto, pelo facto de um dos três grupos, nomeadamente o grupo OPA, ser constituído apenas por 25 sujeitos, os resultados do presente estudo foram confirmados com análises estatísticas não paramétricas, para a obtenção de uma maior precisão nos resultados alcançados. Foi escolhido o teste de Tukey para as comparações post-hoc, para localização das diferenças. A escolha deste teste deveu-se à consideração de que se trata de um dos mais robustos e adequados para esta situação (Maroco, 2007).

Quadro 5. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) da VI, VE e AC em função dos grupos em estudo. Análise de Variância (ANOVA) para verificação das diferenças³.

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Post-Hoc
ISS_vergonha	FSG	37	50.76	20.75	37.432	.000	FSG> OPA> N
	OPA	25	35.76	15.30			
	N	35	17.03	11.66			
OAS_fator1	FSG	37	13.62	7.19	24.931	.000	FSG> OPA, N
	OPA	25	6.96	5.40			
	N	35	4.57	3.40			
OAS_fator2	FSG	37	11.54	5.54	18.716	.000	FSG> OPA> N
	OPA	25	8.44	3.95			
	N	35	5.22	3.07			
OAS_fator3	FSG	37	6.51	4.77	13.264	.000	FSG> OPA, N
	OPA	25	4.12	3.22			
	N	35	2.17	2.02			
OAS_total	FSG	37	33.35	16.80	23.961	.000	FSG> OPA, N
	OPA	25	20.60	11.33			
	N	35	12.66	7.90			
FSCRS_fator eu inadequado	FSG	35	22.43	8.93	34.761	.000	FSG> OPA> N
	OPA	25	14.28	7.80			
	N	35	7.46	5.80			
FSCRS_fator eu tranquilizador	FSG	37	15.35	6.95	5.922	.004	FSG <OPA
	OPA	25	19.00	6.90			
	N	35	20.43	5.44			
FSCRS_fator eu detestado	FSG	37	3.70	3.83	10.637	.000	FSG> OPA, N
	OPA	25	2.00	2.40			
	N	35	.71	1.20			

Nota. FSG = grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = grupo de outras Perturbações de Ansiedade; N = grupo de Ausência de Patologia; ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator de vergonha; OAS_fator 1 = fator de Inferioridade da Escala de Vergonha Externa; OAS_fator 2 = fator Reação dos Outros aos Meus Erros da Escala de Vergonha; OAS_fator 3 = fator de Vazio da Escala de Vergonha Externa; OAS_total= Total da Escala de Vergonha Externa; FSCRS_fator eu-inadequado = fator Eu-Inadequado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator eu tranquilizador = fator Eu-Tranquilizador da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator eu detestado = fator Eu-Detestado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização.

Analisando o quadro 5 é possível verificar que os três grupos em estudo apresentam diferenças entre si, em relação aos construtos em estudo.

Relativamente à VI, os três grupos em estudo apresentam diferenças

³ No anexo H, encontram-se as médias e desvios-padrão dos restantes questionários utilizados, nos 3 grupos em estudo, bem como as análises de variância (One-way ANOVA) – para comparação dos 3 grupos nas respetivas variáveis.

estatisticamente significativas entre si, sendo que o grupo que apresenta pontuações mais elevadas é o grupo da FSG, seguidamente do grupo OPA e por fim o grupo N.

No que concerne à VE, o grupo FSG é sempre aquele que apresenta valores mais elevados, quer nos fatores, quer no total da escala, apresentando sempre diferenças estatisticamente significativas relativamente aos restantes dois grupos. Por sua vez, o grupo OPA, que apresenta sempre os valores mais elevados a seguir ao grupo de FSG, distingue-se significativamente do grupo N nos fatores 2 e 3, embora não se distinga no fator 1 e no total da escala.

No que diz respeito ao autocriticismo, fator eu-inadequado, os três grupos distinguem-se entre si, apresentando diferenças estatisticamente significativas, sendo que o grupo FSG apresenta valores mais elevados do que o grupo OPA, e por sua vez, o grupo OPA, apresenta valores mais elevados do que o grupo N. Em relação ao fator eu-tranquilizador, o grupo de FSG apresenta os valores mais baixos, seguido dos OPA e N. No entanto, apenas o grupo de FSG se distingue dos N. O grupos OPA não se distingue de nenhum destes grupos. Por fim, relativamente ao fator eu-detestado, o grupo FSG apresenta valores significativamente mais elevados do que os restantes dois grupos, que não se distinguem entre si, embora o grupo OPA apresente valores mais elevados.

Perante todos os resultados obtidos no estudo 1, em relação à vergonha interna, vergonha externa e autocriticismo, no qual o grupo de fobia social generalizada obteve pontuações mais elevadas do que os restantes grupos em todas as variáveis em estudo, exceto no fator eu-tranquilizador que pontuou menos do que os restantes grupos, realizámos um segundo estudo, tendo como principal objetivo compreender o papel da vergonha e do autocriticismo na Fobia Social Generalizada, tentando perceber se algum destes construtos contribuía para a explicação da ansiedade social.

IV- Estudo 2. Fobia social Generalizada, vergonha e autocriticismo.

4.1. Metodologia

4.1.1. Amostra

A amostra deste estudo foi descrita no ponto 3.1.1, sendo que no presente estudo apenas se consideraram os adolescentes que preenchiem critérios para o diagnóstico de fobia social generalizada.

A amostra final do estudo ficou composta por 37 sujeitos com fobia social generalizada, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, sendo 6 do sexo masculino (16.2%) e 31 do sexo feminino (83.8%), o que demonstra que o sexo feminino representa grande maioria da amostra.

Neste grupo, a média das idades foi 16.19 (DP=1.198), sendo as médias de idade de ambos bastante próximas entre si (sexo masculino M=16.17; DP=1.722; sexo feminino M=10.17; DP=1.329). Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nem relativamente às variáveis idade [$t=-.037$; $p=.972$] e escolaridade [$t=-.727$; $p=.472$] (cf. Quadro 7).

Quadro 6. Médias (M) e percentagens (%) da variável género. Médias (M) e Desvio-padrão (DP) das variáveis idade e escolaridade. Grupo Fobia Social Generalizada.

FOBIA SOCIAL GENERALIZADA								
Género								
Género	Masculino		Feminino		Total		t	P
	N	%	N	%	N	%		
	6	16.2	31	83.8	37	100		
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	16.17	1.722	16.19	1.108	16.19	1.198	-.037	.972
Escolaridade	10.17	1.329	10.55	1.150	10.49	1.170	-.727	.472

4.1.2. Instrumentos

O conjunto de instrumentos utilizados neste estudo foi o mesmo utilizado no estudo anterior, pelo que para o acesso à descrição dos mesmos, poderá ser consultada a correspondente secção do estudo.

4.1.3. Procedimento

O procedimento deste estudo foi semelhante ao descrito no estudo 1, pelo que poderá consultar-se, na secção equivalente, a sua descrição.

Os procedimentos estatísticos utilizados na investigação irão sendo descritos no ponto correspondente à descrição dos resultados.

4.2. Resultados

Numa fase inicial deste estudo, foram realizadas correlações⁴ de Pearson, com o objetivo de estudar as possíveis relações entre a ansiedade social e VI, VE e AC. As correlações foram realizadas entre os construtos em estudo e a ansiedade social, medida pela Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A). Numa segunda etapa, foram efetuados estudos de regressão para investigar o papel da VI, VE e AC na explicação da ansiedade social.

⁴ Na avaliação da magnitude das correlações são considerados como valores de referência os apontados por Pestana & Gageiro (2008), que sugerem que um coeficiente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa, um valor entre .21 e .39 uma associação baixa, entre .40 e .69 moderada, entre .70 e .89 alta e, se o valor do coeficiente de correlação for superior a .90 uma associação muito alta.

4.2.1. Relação da Ansiedade Social com a Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocriticismo

No que diz respeito à vergonha interna, o valor da correlação entre esta e a ansiedade social (medida pela SAS-A_total) foi de .502 ($p = 0.002$), o que revela uma correlação moderada (cf. Quadro 7).

Relativamente à relação entre ansiedade social e vergonha externa é de salientar que, à exceção da correlação com o fator vazio, todas as restantes correlações se verificaram positivas e significativas, com uma magnitude moderada. Por outras palavras, a ansiedade social encontra-se positiva, moderada e significativamente relacionada com a inferioridade ($r=.614$; $p=.000$), e com a reação dos outros aos meus erros ($r=.572$; $p=.000$), enquanto a correlação da ansiedade social com o fator vazio não foi sequer significativa ($r=.230$; $p=.171$) (cf. Quadro 7).

Quadro 7. Correlações entre a SAS-A_total e vergonha interna (ISS) e vergonha externa (OAS).⁵

	ISS_vergonha		OAS_fator1		OAS_fator2		OAS_fator3		OAS_total	
	R	P	r	p	R	p	r	P	r	p
SAS-A_total	.502	.002	.614	.000	.572	.000	.230	.171	.537	.001

Nota. ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator de vergonha; OAS_fator 1 = fator de Inferioridade da Escala de Vergonha Externa; OAS_fator 2 = fator Reação dos Outros aos Meus Erros da Escala de Vergonha Externa; OAS_fator 3 = fator de Vazio da Escala de Vergonha Externa; SAS-A_total = Total da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes.

Dado que a escala FSCRS não apresenta um total, obtivemos uma medida de autocriticismo somando os fatores eu-inadequado (fator1) e eu-detestado (fator3), à semelhança do anteriormente efetuado por Gilbert *et al* (2006). Foi com esta medida compósita que trabalhamos, tanto nas correlações que a seguir se apresentam, como nas regressões do ponto seguinte. Assim, verificámos uma correlação elevada de .674 ($p=.000$) entre a ansiedade social e o autocriticismo (fatores 1 e 3).

Relativamente à relação entre ansiedade social e os 3 fatores da FSCRS, a correlação mais elevada verificou-se entre a ansiedade social e o fator eu-inadequado ($r=.420$; $p=.010$), seguido da correlação entre a ansiedade social e o eu-detestado ($r=.335$; $p=.043$). A correlação entre a ansiedade social e o fator eu-tranquilizador não se verificou estatisticamente significativa ($r=.015$; $p=.928$) (cf. Quadro 8).

⁵ No anexo I podem encontrar-se todas as correlações entre todos os instrumentos e respetivos fatores.

Quadro 8. Correlações entre a SAS-A_total e os três fatores do autocrítico (FSCRS)

	FSCRS_fator1		FSCRS_fator2		FSCRS_fator3		FSCRS_fator1e3	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
SAS-A_total	.420	.010	.015	.928	.335	.043	.674	.000

Nota. FSCRS_fator 1 = fator Eu-Inadequado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator2 = fator Eu-Tranquilizador da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator3 = fator Eu-Detestado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; SAS-A_total = Total da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; FSCRS_fator1e3 = soma dos fatores Eu-Inadequado e Eu-detestado da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes.

4.2.2. Papel da Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocriticismo na explicação da ansiedade social

Para além das correlações já apresentadas, foram realizadas, regressões lineares múltiplas por blocos (método *enter*), para perceber o contributo da vergonha interna, da vergonha externa e do autocrítico para a ansiedade social.

Pelo facto da amostra total deste estudo dispor apenas de 37 adolescentes, e de acordo com Field (2009) ser necessário para cada preditor um total de 10 a 15 sujeitos óptimos, inicialmente, por utilizar o critério mais restritivo e realizar uma análise com o máximo de 2 preditores. Assim, e para além da variável que pretendíamos estudar, como sabemos que a ansiedade social está, habitualmente, bastante relacionada com a sintomatologia depressiva, optámos por utilizar a medida de depressão (medida pelo CDI) como segundo preditor, de forma a controlar o possível papel explicativo que esta variável pudesse ter na ansiedade social.

Papel da Vergonha Interna na explicação da Fobia Social

Como se pode verificar no quadro 9, os resultados da regressão revelaram que todas as etapas do modelo foram significativas (Modelo 1: $R^2=.147$; $F=6.03$; $p=.019$; Modelo 2: $R^2=.253$; $F= 4.80$; $p=.035$).

Quadro 9. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e vergonha interna, sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada.

Preditores	R	R ²	B	β	F	T	P
Modelo 1	.383	.147			6.03		.019
CDI_som			.489	.383		2.46	.019
Modelo 2	.503	.253			4.80		.035
CDI_som			-.022	-.017		-.074	.942
ISS_vergonha			.278	.516		2.19	.035

Nota. CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator Vergonha.

Na análise dos coeficientes verificou-se que a sintomatologia depressiva, no primeiro modelo, revelou ser uma variável preditora ($\beta = .383$, $p = .019$), no entanto no segundo modelo, com a introdução da vergonha interna deixou de o ser ($\beta = -.017$, $p = .942$). Neste segundo modelo, a variável que contribui para a explicação da ansiedade social é a vergonha interna ($\beta = .516$, $p = .035$). A vergonha interna revelou, então, um poder explicativo significativo, acrescentando em 10,6% a explicação da ansiedade social ($R^2_{\text{change}} = .106$; $F_{\text{change}} = 4.80$; $p = .035$) da variável dependente.

Papel da Vergonha Externa na explicação da Fobia Social

Seguindo os procedimentos anteriores, e como se verifica no quadro 10, os resultados da regressão revelaram que todas as etapas do modelo foram significativas (Modelo 1: $R^2 = .147$; $F = 6.03$; $p = .019$; Modelo 2: $R^2 = .291$; $F = 6.93$; $p = .013$).

Quadro 10. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão e vergonha externa, sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada.

Preditores	R	R²	B	β	F	T	P
Modelo 1	.383	.147			6.03		.019
CDI_som			.489	.383		2.46	.019
Modelo 2	.540	.291			6.93		.013
CDI_som			.087	.068		.363	.719
OAS_som			.329	.494		.263	.013

Nota. CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; OAS_som = total da Escala de Vergonha Externa.

Na análise dos coeficientes verificou-se no modelo 1, que a sintomatologia depressiva se revelou uma variável preditiva na explicação da ansiedade social ($\beta = .383$, $p = .019$). Todavia, no segundo modelo, com a introdução da vergonha externa, perde o poder de significância ($\beta = .068$, $p = .719$). Neste segundo modelo, a variável que contribuiu para a explicação da ansiedade social é a vergonha externa ($\beta = .329$, $p = .013$), que acrescentou 14.4% ($R^2_{\text{change}} = .144$; $F_{\text{change}} = 6.93$; $p = .013$) à explicação da ansiedade social.

Papel da Vergonha Interna e da Vergonha Externa na explicação da Fobia Social

Tendo constatado que quer a vergonha interna quer a vergonha externa contribuíam significativamente para a explicação da ansiedade social, colocou-se a questão de qual das duas contribuiria de forma mais expressiva para esta explicação. Assim, e continuando a considerar o referido por Field (2009), considerámos pertinente realizar uma outra análise de regressão, utilizando agora 3 preditores (o máximo para 37 sujeitos): sintomatologia depressiva num primeiro bloco, e vergonha interna e vergonha externa, num segundo bloco.

Como se pode verificar no quadro 11, os resultados da regressão revelaram que todas as etapas do modelo foram significativas (Modelo 1: $R^2=.147$; $F=6.03$; $p=.019$; Modelo 2: $R^2=.330$; $F= 4.42$; $p=.018$).

Quadro 11. Análise regressão múltipla por blocos para depressão, vergonha interna e vergonha externa, sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada.

Preditores	R	R ²	B	β	F	T	P
Modelo 1	.383	.147			6.03		.019
CDI_som			.489	.383		2.46	.019
Modelo 2	.575	.330			4.42		.018
CDI_som			-.164	-.128		-.551	.586
ISS_vergonha			.182	.338		1.386	.175
OAS_som			.260	.391		1.958	.059

Nota. CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator Vergonha; OAS_som = total da Escala de Vergonha Externa.

Na análise dos coeficientes verificou-se que no modelo 1, a sintomatologia depressiva se revelou uma variável preditiva na explicação da ansiedade social ($\beta =.383$; $p=.019$), o que deixou de acontecer aquando da introdução, no modelo 2, das duas medidas de vergonha ($\beta =.128$; $p=.586$). De referir que a vergonha interna e a vergonha externa, têm um poder explicativo significativo, acrescentando 18.3% à explicação da ansiedade social ($R^2_{change} =.183$; $F_{change} =4.42$; $p=.018$). No entanto neste segundo modelo, e analisando os coeficientes, verificámos que nenhum dos preditores, isoladamente, contribuía significativamente para a explicação da ansiedade social, embora a vergonha externa (que apresenta um peso explicativo ligeiramente superior ao da vergonha interna) se encontre no limiar da significância ($\beta =.391$; $p=.054$),

Papel da Vergonha Interna e da Vergonha Externa (fator inferioridade) na explicação da Ansiedade Social

Como, através da análise anterior, não ficou clara a contribuição relativa da vergonha interna e da vergonha externa para a explicação da fobia social, e como a medida que utilizámos de vergonha externa consistia na soma dos seus três fatores, incluindo o fator 3 (vazio), que não apresentou uma correlação significativa com a ansiedade social, repetimos a análise anterior, considerando o fator 1 e o fator 2, isoladamente, como preditores da ansiedade social. Desta forma, poderíamos observar o efeito de cada um destes fatores na ansiedade social e obter uma análise mais fina da contribuição de aspetos mais específicos da vergonha para a explicação da ansiedade social. São esses dois estudos que se apresentam a seguir.

Através da análise do quadro 12, verifica-se que os resultados da regressão revelam que ambas as etapas do modelo são significativas (Modelo 1: $R^2=.147$; $F=6.03$; $p=.019$; Modelo 2: $R^2=.397$; $F=6.85$; $p=.003$).

Quadro 12. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão, e vergonha interna e vergonha externa (fator 1 – inferioridade) sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada

Preditores	R	R ²	B	β	F	T	p
Modelo 1	.383	.147			6.03		.019
CDI_som			.489	.383		2.46	.019
Modelo 2	.630	.397			6.85		.003
CDI_som			-.150	-.118		-.542	.592
ISS_vergonha			.133	.246		1.05	.303
OAS_fator1			.808	.520		2.82	.008

Nota. CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator Vergonha; OAS_fator1 = fator Inferioridade da Escala de Vergonha Externa.

Na análise dos coeficientes verificou-se no modelo 1, que a sintomatologia depressiva se revelou uma variável preditiva na explicação da ansiedade social ($\beta = .383$, $p = .019$). No entanto, no segundo modelo, deixou de o ser com a introdução das duas medidas de vergonha ($\beta = -.118$; $p = .592$). É de salientar que a vergonha interna e o fator de inferioridade (fator 1) da vergonha externa têm um poder explicativo significativo, acrescentando 25% à explicação da ansiedade social ($R^2_{\text{change}} = .250$; $F_{\text{change}} = 6.85$; $p = .003$). Todavia, neste segundo modelo, e analisando os coeficientes, apenas o fator inferioridade da vergonha externa, contribuiu, significativamente para a explicação da ansiedade social ($\beta = .520$, $p = .008$).

Papel da Vergonha Interna e da Vergonha Externa (fator reação dos outros aos meus erros) na explicação da Ansiedade Social

Através da análise do quadro 13, verifica-se que os resultados da regressão revelam que ambas as etapas do modelo são significativas (Modelo 1: $R^2 = .147$; $F = 6.03$; $p = .019$; Modelo 2: $R^2 = .371$; $F = 5.87$; $p = .007$).

Quadro 13. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão, e vergonha interna e vergonha externa (fator 2 – reação dos outros aos meus erros) sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada

Preditores	R	R ²	B	β	F	T	p
Modelo 1	.383	.147			6.03		.019
CDI_som			.489	.383		2.46	.019
Modelo 2	.609	.371			5.87		.007
CDI_som			-.146	-.114		-.513	.611
ISS_vergonha			.176	.327		1.41	.168
OAS_fator2			.885	.438		2.49	.018

Nota. CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator Vergonha; OAS_fator2 = fator Reação dos Outros aos Meus Erros da Escala de Vergonha Externa.

Na análise dos coeficientes verificou-se no modelo 1, que a sintomatologia depressiva se revelou uma variável preditiva na explicação da ansiedade social ($\beta = .383$, $p=.019$), deixando de o ser, aquando da introdução, no segundo modelo, das duas medidas de vergonha ($\beta = -.114$; $p=.611$). De realçar que a vergonha interna e o fator de reação dos outros aos meus erros (fator 2) da vergonha externa têm um poder explicativo significativo, acrescentando 22,45% à explicação da ansiedade social ($R^2_{\text{change}} = .224$; $F_{\text{change}} = 5.87$; $p=.007$). Porém, neste segundo modelo, e analisando os coeficientes, apenas o fator reação dos outros aos meus erros da vergonha externa, contribuiu, significativamente para a explicação da ansiedade social ($\beta = .438$, $p=.018$).

Autocriticismo na explicação da Fobia Social

Através da análise do quadro 14, verifica-se que os resultados da regressão revelam que a primeira etapa do modelo é significativa (Modelo 1: $R^2=.147$; $F=6.03$; $p=.019$) contrariamente à segunda etapa do modelo (Modelo 2: $R^2=.217$; $F= 3.02$; $p=.091$).

Quadro 14. Análise de regressão múltipla por blocos para depressão, e autocriticismo (fatores 1e3 do FSCRS) sobre a ansiedade social no Grupo Fobia Social Generalizada.

Preditores	R	R ²	B	β	F	T	p
Modelo 1	.383	.147			6.03		.019
CDI_som			.489	.383		2.46	.019
Modelo 2	.465	.217			3.02		.091
CDI_som			.263	.206		1.13	.269
Autocriticismo_fator1e3			.306	.318		1.74	.091

Nota. CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; Autocriticismo_fator1e3 = soma dos fatores Eu-Inadequado e Eu-Detestado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização.

Na análise dos coeficientes verificou-se no modelo 1, que a sintomatologia depressiva se revelou uma variável preditiva na explicação da ansiedade social ($\beta = .383$, $p=.019$). No entanto, no segundo modelo, com a introdução do autocriticismo, deixou de o ser ($\beta = .263$, $p=.269$). Neste segundo modelo, o autocriticismo revelou um poder explicativo maior do que a sintomatologia depressiva, porém, este não atingiu significância estatística ($\beta = .318$, $p=.091$), acrescentando, apenas, 7% à explicação da ansiedade social ($R^2_{\text{change}} = .070$; $F_{\text{change}} = 3.02$; $p=.091$).

V - Discussão

Dado que a presente dissertação foi constituída por dois estudos, optámos por realizar a discussão, separadamente, para cada um deles.

Estudo 1. Comparação intergrupos relativamente à Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocriticismo.

Com este estudo, pretendemos estudar os fenómenos de vergonha interna, vergonha externa e autocriticismo em três amostras de adolescentes portugueses. Para isso, compararam-se três grupos de adolescentes: um grupo com fobia social generalizada, um grupo com outras perturbações de ansiedade (que não fobia social) e um grupo com ausência de patologia.

De acordo com a **Hipótese 1**, esperavam-se pontuações significativamente superiores de vergonha interna em indivíduos com fobia social generalizada comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e com ausência de patologia. Esta primeira hipótese foi corroborada, uma vez que os adolescentes com diagnóstico de fobia social generalizada obtiveram pontuações mais elevadas do que os dois outros grupos, sendo que estas diferenças se revelaram estatisticamente significativas.

Do nosso conhecimento, não existem estudos que comparem populações clínicas com diagnóstico de fobia social generalizada com outras perturbações de ansiedade e com sujeitos com ausência de patologia relativamente ao construto de vergonha interna. No entanto, os resultados obtidos nesta primeira hipótese parecem-nos fazer sentido. Por um lado, a vergonha é reconhecida como uma emoção negativa, incapacitante e intensa, envolve sentimentos de impotência, inferioridade (Tangney, Miller, Flicker & Barlow, 1996; Wicker, Payne, & Morgan, 1983) e, mais concretamente a vergonha interna, está relacionada com a maneira do sujeito ver os seus próprios atributos, comportamentos, emoções e cognições, ou seja, como o sujeito se vê a si próprio (Gilbert, 2000a; Gilbert & Procter, 2006), que neste caso, negativamente e com defeitos. Por outro lado, ao contrário do que acontece noutras perturbações de ansiedade, as características da fobia social, são, muitas vezes, consideradas como traços de personalidade, interpretados negativamente pelo sujeito. Logo, e como foi encontrado neste estudo, seria esperado que os sujeitos com fobia social generalizada apresentassem níveis de vergonha interna mais elevados do que sujeitos com outras perturbações de ansiedade, o que corroborou a nossa hipótese.

Hipotizou-se também que as pontuações de vergonha externa em indivíduos com fobia social generalizada seriam significativamente superiores comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e sem patologia (**Hipótese 2**). Esta hipótese foi igualmente comprovada, dado que o grupo de fobia social generalizada obteve pontuações significativamente mais elevadas do que os outros dois grupos, quer no total da Escala de Vergonha Externa, quer nos seus fatores.

Também em relação a este construto não temos conhecimento de estudos, que comparem populações clínicas com diagnóstico de fobia social

generalizada com outras perturbações de ansiedade e com população com ausência de patologia. Todavia, a definição de vergonha externa é bastante idêntica à definição de fobia social. O construto de vergonha externa refere-se aos aspetos que o *eu* acredita que os outros possam rejeitar, como o vendo como inferior, defeituoso e incompetente (Gilbert, 2000a), o que se assemelha, em grande parte, à definição de fobia social, em que os sujeitos temem poder fazer algo ou agir de uma forma que seja humilhante e embaraçosa para ele, quando expostos a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outras (APA, 2000), ou seja, em que o medo de avaliação negativa é o aspeto nuclear. Assim, seria de esperar que os níveis de vergonha externa fossem mais elevados em sujeitos com fobia social generalizada do que em sujeitos com outras perturbações de ansiedade, o que foi ao encontro do nosso resultado.

Por fim, em relação ao construto de autocrítica, foram elaboradas duas hipóteses. Na primeira hipotizou-se que se esperavam pontuações significativamente superiores de autocrítica em indivíduos com fobia social generalizada comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e sem patologia (**Hipótese 3**). Esta terceira hipótese foi corroborada, uma vez que nos fatores eu-inadequado e eu-detestado o grupo de fobia social generalizada apresentou pontuações mais elevadas e estatisticamente significativas, relativamente aos dois restantes grupos.

A este propósito, o estudo de Cox *et al.* (2000), verificou que, embora sujeitos com depressão revelassem níveis de autocrítica superiores a indivíduos com fobia social, os níveis de autocrítica em indivíduos com fobia social eram três vezes superiores aos níveis dos sujeitos com perturbação de pânico encontrados numa amostra de um estudo de Bagby *et al.* (1992). Num outro estudo (Cox, Walker, Enns & Karpinski, 2002), os autores encontraram que mudanças do nível de autocrítica no decurso do tratamento da fobia social, estavam significativamente associadas com mudanças nos níveis de fobia social. Estes mesmos autores sugeriram ainda que o autocrítica pode ser um processo importante no desenvolvimento psicológico do núcleo, curso e manutenção da fobia social. Este último estudo, vai ao encontro do encontrado no presente estudo, corroborando a nossa hipótese, de que os sujeitos com fobia social apresentam níveis de autocrítica mais elevados do que os sujeitos com outras perturbações de ansiedade.

Um estudo de Cox, Fleet e Stein (2004), revelou, ainda, que sujeitos sem história recente de fobia social (pelo menos 12 meses), mas com um passado de fobia social, exibiam um maior nível de autocrítica comparativamente a indivíduos sem perturbações de ansiedade, perturbações de humor e consumo de substâncias, sendo que a diferença foi estatisticamente significativa. Para além disso, e analisada ainda neste estudo, a comparação entre início precoce de fobia social e início tardio desta, os resultados revelaram que os sujeitos com fobia social de início precoce (\leq a 12anos) revelaram níveis de autocrítica mais elevados do que os sujeitos com fobia social de início tardio (\geq 14anos).

Neste mesmo estudo (Cox, Fleet & Stein, 2004) sujeitos com o

diagnóstico de fobia social, revelaram pontuações de autocrítica estatisticamente mais elevadas em comparação com sujeitos sem história de perturbações de ansiedade, perturbações de humor e consumo de substâncias. Para além disto, os resultados deste estudo revelaram que o grupo de fobia social generalizada e o grupo com fobia social e depressão comórbidas, obtiveram pontuações de autocrítica significativamente mais elevadas do que os restantes grupos. Em acréscimo, o grupo de fobia social generalizada revelou também níveis de autocrítica mais elevados do que os restantes grupos com diagnóstico. Os resultados deste estudo de Cox, Fleet e Stein (2004), vão ao encontro dos resultados alcançados no presente estudo, uma vez que, também aqui os níveis de autocrítica foram mais elevados em sujeitos com fobia social generalizada, do que em sujeitos com outras perturbações de ansiedade e com ausência de patologia, sendo que estas pontuações foram significativas, tal como no estudo de Cox, Fleet e Stein (2004).

A segunda hipótese formulada em relação ao construto de autocrítica referia que se esperavam pontuações significativamente inferiores no fator eu-tranquilizador do FSCRS em indivíduos com fobia social generalizada comparativamente a indivíduos com outras perturbações de ansiedade e sem patologia (**Hipótese 4**). Esta quarta hipótese foi também corroborada, uma vez que, o grupo com fobia social generalizada obteve pontuações significativamente inferiores no fator eu-tranquilizador do FSCRS, relativamente aos restantes grupos. Apesar de, mais uma vez, não existirem estudos onde se comparem os níveis de autotranquilização entre sujeitos com fobia social generalizada, sujeitos com outras perturbações de ansiedade e sujeitos com ausência de patologia, uma vez hipotetizado que os níveis de autocrítica dos adolescentes com fobia social seriam superiores aos dos outros grupos, seria esperado que os níveis de autotranquilização fossem menores. Esta consideração é corroborada por Gilbert e colaboradores, tanto em termos de definição teórica (Gilbert *et al.*, 2004) como por terem encontrado que o autocrítica estava relacionado com a facilidade em criar imagens autocríticas hostis e negativamente poderosas e, que pelo contrário, a autotranquilização se relaciona com a facilidade em gerar imagens de suporte acerca do *eu* (Gilbert *et al.*, 2006).

Estudo 2. Fobia Social Generalizada, Vergonha e Autocrítica

Neste segundo estudo, num primeiro momento, foi nosso objetivo analisar a relação entre a ansiedade social e os construtos de vergonha (interna e externa) e autocrítica numa amostra de adolescentes com fobia social generalizada. Para isso, realizámos, primeiramente, correlações entre a ansiedade social e os construtos em estudo.

Assim, em relação à análise correlacional relativamente à existência de uma relação positiva e significativa entre ansiedade social e vergonha interna, vergonha externa e autocrítica (**Hipótese 1**), esta foi parcialmente corroborada. Com a vergonha interna, a hipótese foi

confirmada, uma vez que se verificou a existência de uma relação positiva, moderada e significativa, entre esta variável e a ansiedade social. Por outro lado, com a vergonha externa, a hipótese foi corroborada parcialmente, dado que foi encontrada uma relação positiva, moderada e significativa com os fatores inferioridade, reação dos outros aos meus erros, e com o total da escala. No entanto, com o fator vazio a correlação encontrada entre este e a ansiedade social revelou-se positiva, baixa e não significativa.

Estes resultados vão no sentido do que tem vindo a ser apontado na literatura. Num estudo de Gilbert (2000a), a vergonha interna e a vergonha externa apresentam-se altamente correlacionadas com a ansiedade social.

Também num estudo de Lutwak e Ferrari (1997), numa amostra de 187 sujeitos da população geral, através de análises correlacionais encontrou-se que a propensão para a vergonha estava significativamente relacionada com a ansiedade na interação social, apresentando correlações positivas, moderadas e significativas, tal como no presente estudo.

Em acréscimo, um estudo de Xavier (2011), numa amostra adulta da população geral, revelou a existência de associações positivas, significativas e moderadas entre ansiedade social e vergonha interna e todos os fatores da Escala de Vergonha Externa.

Abordando agora especificamente a vergonha interna, os resultados encontrados no presente estudo, vão ao encontro dos verificados num estudo de Januário (2011), realizado com 593 adolescentes portugueses dos 14 aos 18 anos. Neste, foi encontrado que a ansiedade social estava correlacionada com a vergonha interna, tal como no presente estudo. No entanto, no estudo de Januário a associação encontrada embora positiva e significativa, foi baixa, enquanto que no nosso estudo, como referido, foi moderada.

Em relação à vergonha externa, este estudo de Januário (2011) revelou também associações significativas, positivas e baixas entre a ansiedade social e o total da Escala de Vergonha Externa e os fatores Inferioridade e Reação dos outros aos meus erros, quando no presente estudo, todas as correlações obtidas para as mesmas variáveis foram significativas, positivas e moderadas. A exceção neste padrão foi no fator vazio da mesma escala, onde a correlação encontrada não foi significativa, tal como se verificou no estudo de Januário (2011). Pensamos que estas diferenças em termos de magnitude de correlação se podem dever ao facto de a amostra de Januário (2011) ser uma amostra da população normal, e de a amostra do presente estudo ser uma amostra de população clínica, onde seria compreensível que a expressividade destas relações fosse maior, embora a amostra fosse muito menor.

Num estudo de Carvalho (2011) realizado com 716 adolescentes portugueses, dos 14 aos 19 anos também da população geral, foi encontrada uma relação entre vergonha externa e ansiedade social, mais concretamente no fator inferioridade, que foi o fator que apresentou uma correlação mais significativa. Neste estudo de Carvalho (2011) todas as correlações com a Escala de Vergonha Externa e respetivos fatores foram significativas, positivas e moderadas, exceto com o fator vazio na população do sexo feminino, onde a correlação foi baixa.

Por fim, num estudo de Gilbert e Miles (2000) a vergonha externa encontrou-se relacionada com a ansiedade social, apresentando uma correlação positiva, moderada e significativa, com o total da Escala de Vergonha Externa, o que corrobora os resultados encontrados no presente estudo.

Como verificamos através de vários estudos aqui presentes, o fator vazio da Escala de Vergonha Externa em populações de adolescentes, não se encontra correlacionado com a ansiedade social (e.g. Carvalho, 2011; Januário, 2011). Contrariamente, em estudos com populações adultas, este fator encontra-se correlacionado com a ansiedade social (e.g. Xavier, 2011). Tal facto poderá ser explicado pelo facto de os itens correspondentes ao fator vazio serem itens mais negativos em relação ao que se supõe que os outros pensam de si. Por isso, hipotetizamos que, à medida que a perturbação croniciza, e, por conseguinte, a idade dos sujeitos vai também aumentando, a relação com o fator vazio vai-se tornando expressiva.

Em relação ao autocriticismo, a hipótese foi parcialmente corroborada, uma vez que foi encontrada uma correlação significativa, positiva e moderada entre o fator eu-inadequado e a ansiedade social assim como entre os fatores eu-inadequado e eu-detestado juntos (uma medida de autocriticismo que construímos, à semelhança do efetuado por Gilbert *et al.* (2006), que combinaram estes dois fatores da escala de FSCRS, obtendo uma pontuação para esta medida, que apelidaram de traço de autocriticismo). No entanto, com o fator eu-detestado, isoladamente, a correlação obtida foi positiva, baixa e significativa. Estes resultados, nomeadamente os resultados encontrados na relação entre os fatores 1 e 3 do FSCRS e a ansiedade social, vão no sentido dos encontrados num estudo de Cox, Walker, Enns & Karpinski (2002), onde o autocriticismo estava correlacionado positiva e moderadamente com a ansiedade social. Neste estudo de Cox, Walker, Enns & Karpinski, (2002) as correlações permaneceram significativas, mesmo quando a depressão foi controlada.

Num estudo de Mongrain, Vettese, Shuster e Kendal (1998), assim como num estudo de Gilbert *et al.* (2006), encontraram que o autocriticismo está relacionado com sentimentos de inferioridade, o que de certo modo, corrobora a hipótese do presente estudo, dado que os sujeitos com perturbação de ansiedade social se vêm como inferiores aos outros.

Relativamente ao estudo correlacional relativo à existência de uma relação negativa e significativa entre ansiedade social e autotranquilização (**Hipótese 2**), esta não foi corroborada, dado que a relação não foi significativa. Também em relação a esta hipótese, do nosso conhecimento não existem estudos que correlacionem a ansiedade social com a autotranquilização. Perante os resultados obtidos na hipótese anterior em relação ao autocriticismo, e estando o autocriticismo relacionado com a ansiedade social, constituindo-se até, como um fator importante para o curso e manutenção da Fobia Social (Cox *et al.*, 2000), seria de esperar que a autotranquilização estaria significativa e negativamente relacionada com a ansiedade social. No entanto, o mesmo não foi verificado, sendo um resultado de difícil explicação.

Para analisar o estudo do papel da vergonha interna, vergonha externa e autocriticismo na explicação da ansiedade social, efetuaram-se análises de regressão múltipla controlando a sintomatologia depressiva.

No que diz respeito ao estudo de regressão relativamente ao facto dos construtos em estudo serem preditores de ansiedade social (**Hipótese 3**), esta hipótese foi parcialmente corroborada. Relativamente aos tipos de vergonha, em primeiro lugar tanto a vergonha interna, como a vergonha externa, demonstraram, isoladamente serem preditores da ansiedade social. Por outro lado, quando se agruparam os dois construtos (vergonha interna e vergonha externa) num mesmo bloco, foi a vergonha externa que melhor explicou a ansiedade social, e para sermos mais precisos, foi o fator inferioridade que se revelou como preditor significativo da ansiedade social.

Em alguns aspetos, estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Januário (2011). Neste estudo, encontraram-se como preditores estatisticamente significativos da ansiedade social na interação a vergonha interna e o fator Inferioridade da Escala de Vergonha Externa, tendo este último sido o preditor mais significativo. Assim, tal como no presente estudo, também o fator inferioridade da Escala de Vergonha Externa se revelou ser um fator preditor significativo na explicação da ansiedade social. Por outro lado, e em contraste ao verificado no presente estudo, Januário (2011) encontrou que a vergonha interna, estando no mesmo modelo da vergonha externa, se revelou também um preditor significativo da ansiedade social. Este último ponto pode, talvez, ser explicado pela dimensão da amostra do presente estudo, ou seja, talvez com uma amostra maior, a vergonha interna se constituísse também como um fator explicativo significativo da ansiedade social.

Um outro estudo, de Carvalho (2011) encontrou que nos rapazes os fatores inferioridade e reação dos outros aos meus erros da Escala de Vergonha Externa são preditores explicativos da ansiedade social, ao contrário do fator do vazio que não se revelou um preditor da ansiedade social. Por sua vez, nas raparigas todos os fatores se revelaram fatores preditores significativos da ansiedade social. No entanto, como o estudo de Carvalho (2011) foi realizado atendendo às diferenças de género, torna-se difícil comparar o mesmo com a presente amostra, uma vez que a nossa amostra é mista. De qualquer forma, estes resultados acabam por corroborar a nossa hipótese, na medida em que os fatores de inferioridade e reações aos outros revelaram ser fatores preditores significativos na explicação da ansiedade social.

Num estudo de Lutwak e Ferrari (1997), através de uma análise de regressão múltipla, verificaram como fatores preditores para a propensão para a vergonha a ansiedade de interação e o evitamento social/angústia. Assim, este estudo revelou que a propensão para a vergonha estava ligada com a ansiedade social.

Em acréscimo, um estudo de Gilbert (2000a), após a sintomatologia depressiva ser controlada, revelou que tanto a vergonha interna como a vergonha externa se encontravam correlacionadas com a ansiedade social, o

que vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo.

Num estudo português de Xavier (2011), realizado com estudantes universitários foram encontrados como principais preditores de ansiedade social tanto a vergonha interna como a vergonha externa, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo. No entanto, é de salientar que neste estudo com jovens adultos, e contrariamente ao obtido no nosso estudo com adolescentes, a vergonha interna apresentou valores explicativos superiores aos valores da vergonha externa. Tentando interpretar estes resultados, não nos parece difícil hipotetizar que, sendo a adolescência uma fase desenvolvimental no sentido do *Eu*, sendo que nesta fase da vida, parece existir uma maior importância na visão dos outros acerca do *Eu*, o que desencadeia maiores sentimentos de vergonha externa. Por outro lado, nos adultos, a visão negativa do eu pode já ter sido internalizada, sendo os sentimentos de vergonha interna que assumem uma maior importância.

Em relação ao autocrítico, apesar de ser mais significativo do que a sintomatologia depressiva na explicação da ansiedade social, não apresentou valores significativos. Também aqui, talvez com um maior número de sujeitos, o autocrítico se apresentasse como um fator preditor significativo da ansiedade social. Os resultados encontrados não se diferenciam dos encontrados no estudo de Cox *et al.* (2000), com população clínica, onde, através de uma análise de regressão, e controlando a sintomatologia depressiva, tal como no presente estudo, o nível de autocrítico não foi um preditor significativo para a ansiedade social. Num estudo de Shahar e Gilboa-Shechtman (2007), realizado numa amostra de estudantes universitários, o autocrítico foi um fator preditor estatisticamente significativo para a explicação da ansiedade social.

Ainda em relação ao autocrítico, um estudo de Cox, Fleet e Stein (2004), revelou que o nível de autocrítico foi preditor da ansiedade social.

Para terminar, julgamos que os resultados obtidos na presente dissertação, sugerem que os protocolos de tratamento na fobia social deverão englobar estratégias de avaliação e intervenção focadas na vergonha e autocrítico. Para além disto, parece-nos importante referir algumas implicações clínicas mais específicas:

1. Os protocolos de tratamento para adolescentes com fobia social generalizada, deverão diferenciar vergonha interna de vergonha externa, privilegiando esta última como foco de intervenção, uma vez que, os resultados mostram uma maior contribuição deste construto na experiência de ansiedade social.
2. Durante a avaliação e intervenção, deverão ser bem avaliados e distinguidos os conceitos de ansiedade social, vergonha interna e vergonha externa, na medida em que costumam ser confundidos na prática clínica.

3. Estes resultados apontam para a importância da exposição na intervenção, uma vez que o acumular de experiências de aceitação e afiliação por parte dos outros poderá enfraquecer a percepção da visão negativa do *eu* por parte dos outros.
4. Em casos em que o autocrítico pareça interferir no processo terapêutico, poderão ser introduzidos componentes de autocompaixão em protocolos de intervenção já existentes, uma vez que parece ser uma variável que, apesar de não se ter demonstrado preponderante, contribui para a experiência da ansiedade social, principalmente na presença de sintomatologia depressiva.

VI – Conclusões, pontos fortes, limitações e sugestões para futura investigação

Os estudos realizados e apresentados ao longo desta dissertação tiveram como principal objetivo contribuir para uma melhor compreensão da vergonha interna, vergonha externa e autocrítico na ansiedade social na adolescência. Assim, com o objetivo de alargar o conhecimento sobre a ansiedade social em adolescentes foram realizados dois estudos, cujas principais **conclusões** apresentamos de seguida.

Estudo 1. Comparação intergrupos relativamente à Vergonha Interna, Vergonha Externa e Autocrítico

Em relação a este estudo que teve como principal objetivo a comparação de um grupo de adolescentes com fobia social generalizada, com um grupo de adolescentes com outras perturbações de ansiedade e com ausência de patologia, os principais resultados indicaram que:

1. Adolescentes com diagnóstico de fobia social generalizada apresentam pontuações mais elevadas relativamente ao construto de vergonha interna comparativamente a sujeitos com outras perturbações de ansiedade (que não a fobia social) e a sujeitos com ausência de patologia.
2. Adolescentes com diagnóstico de fobia social generalizada apresentam pontuações mais elevadas relativamente ao construto de vergonha externa comparativamente a sujeitos com outras perturbações de ansiedade e a sujeitos com ausência de patologia.

3. Adolescentes com diagnóstico de fobia social generalizada apresentam pontuações mais elevadas relativamente ao construto de autocrítico comparativamente a sujeitos com outras perturbações de ansiedade e a sujeitos com ausência de patologia.
4. Adolescentes com diagnóstico de fobia social generalizada apresentam pontuações inferiores relativamente ao construto de autocrítico comparativamente a sujeitos com outras perturbações de ansiedade e a sujeitos com ausência de patologia.

Estudo 2. Fobia Social Generalizada, Vergonha e Autocrítico

No que concerne a este segundo estudo, cujo principal objetivo foi perceber o papel da vergonha interna, vergonha externa e autocrítico na fobia social generalizada, os resultados mostraram que:

1. Foi encontrada uma relação positiva, moderada e significativa entre a vergonha interna e a ansiedade social.
2. Quanto à vergonha externa, foi encontrada uma relação positiva, moderada e significativa com o total da Escala de Vergonha Externa e com os fatores inferioridade e reação dos outros aos meus erros; e foi encontrada uma relação positiva, baixa e não significativa com o fator vazio da mesma escala.
3. Em relação ao autocrítico foi encontrada uma correlação positiva, moderada e significativa entre a ansiedade social, o fator eu-inadequado, e a medida de autocrítico constituída pelos fatores eu-inadequado e eu-detestado juntos. Com o fator eu-detestado (isoladamente) foi encontrada uma correlação positiva, baixa e significativa.
4. Em relação à autotranquilização foi encontrada uma correlação positiva, muito baixa e não significativa entre esta e a ansiedade social.
5. A vergonha interna e a vergonha externa, revelaram-se, isoladamente, fatores preditores significativos na explicação da ansiedade social. No entanto, quando estes dois construtos, numa análise de regressão linear por blocos, se encontram num mesmo bloco, a vergonha externa apresentou um valor muito próximo da significância estatística como preditor da ansiedade social. Quando analisados separadamente, os fatores da vergonha externa, mais

concretamente os fatores de inferioridade e reação dos outros aos meus erros, estes apresentaram-se como fatores preditores significativos da ansiedade social. Destes dois, aquele que mais contribuiu para a explicação da ansiedade social foi o fator inferioridade.

6. O autocrítico não se revelou um preditor significativo na explicação da ansiedade social.

Relativamente aos **pontos fortes** desta dissertação, em primeiro lugar, o facto de esta investigação ter sido realizada com população clínica, revela-se o ponto forte mais importante, uma vez que é junto desta população que melhor compreenderemos o fenómeno da ansiedade social e respetiva associação aos construtos estudados. Para além disto, constitui-se também como um ponto forte, o facto de no primeiro estudo da presente dissertação se ter comparado um grupo de sujeitos com fobia social generalizada com um grupo de sujeitos com outras perturbações de ansiedade e um grupo de sujeitos com ausência de patologia. Este facto torna-se relevante na medida em que o fenómeno da fobia social pode ser melhor estudado e compreendido, comparando os diferentes grupos, através do confronto dos resultados obtidos nos mesmos e das suas divergências, conhecendo, então, as principais características dos mesmos grupos, mais especificamente, da fobia social.

Por fim, aponta-se ainda como uma mais-valia desta investigação o facto de não terem sido apenas preenchidos questionários de autorresposta, mas também uma entrevista semiestruturada (ADIS-C; Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Silverman & Albano, 1996; versão Portuguesa por Cunha & Salvador, em preparação), o que torna os dados adquiridos mais fidedignos, e fornece ao investigador, um conjunto vasto de informações às quais não teríamos acesso somente pelo preenchimento de questionários de autorresposta. Em acréscimo, o contacto direto do investigador com o sujeito, torna mais perceptíveis as principais áreas de dificuldade identificadas pelo sujeito.

Não obstante às principais conclusões apresentadas, que contribuem para uma melhor compreensão da ansiedade social na adolescência, e aos pontos fortes patenteados, torna-se importante referir algumas **limitações** a ter em conta em futuras investigações. Apresentam-se, essencialmente, três grandes limitações. A primeira refere-se ao tamanho reduzido da amostra, o que dificulta uma confiança clara nos resultados e nas conclusões. Com um tamanho mais alargado da amostra, como foi referido ao longo da discussão, alguns resultados poderiam ter sido diferentes, ou mais expressivos, constituindo uma maior contribuição para o estudo da ansiedade social, e da sua relação com a vergonha (interna e externa) e o autocrítico. Em segundo lugar, importa referir que a presente amostra foi constituída na sua grande maioria por adolescentes do sexo feminino, o que, juntamente com o

tamanho reduzido da amostra, impossibilitou a realização de comparação entre géneros, e por conseguinte, perceber eventuais diferenças de género em relação aos construtos em estudo na ansiedade social. Por fim, refira-se ainda o facto de a presente amostra ter sido recolhida apenas na zona centro do país, limita, também ela, a ampliação dos resultados.

Por último, e na consequência das limitações apontadas, torna-se relevante propor algumas **sugestões** para futuras investigações nesta área de estudo. Em primeiro lugar, a utilização de uma amostra clínica maior, mais alargada em termos geográficos e equivalente em termos de género, seria uma mais-valia para futuras investigações, contribuindo de uma forma bastante significativa para a compreensão da ansiedade social na adolescência em relação aos referidos construtos. Para além disto, como não possuíamos amostra suficientemente alargada de outras perturbações de ansiedade específicas, ou seja, um número suficiente de sujeitos com perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva, ou perturbação de *stress* pós-traumático, entre outras, não foi possível efetuar a distinção entre adolescentes com fobia social e adolescentes com cada perturbação específica em relação aos construtos em estudo. Seria, então, interessante a realização de investigações tendo em conta o supracitado. Na mesma linha, seria também interessante a comparação de adolescentes com fobia social com adolescentes com perturbações de humor. Em acréscimo, revela-se ainda como uma sugestão para futuros estudos, a realização de uma investigação em relação aos construtos em estudo, comparar sujeitos com fobia social generalizada com sujeitos com fobia social específica, em amostra clínica de adolescentes, uma vez que existem já alguns estudos que analisam esta relação em amostra não clínica. Por fim, seria interessante uma replicação do nosso estudo, para obtermos uma maior confiança nos resultados encontrados.

O presente estudo, acrescenta alguns **contributos** aos estudos que já existiam dentro desta temática na literatura. Primeiramente, o facto de ter sido realizado com uma amostra clínica de adolescentes portugueses, representa um fator fulcral nesta investigação, e no meio das investigações nesta área, em Portugal. Por outro lado, o facto de se ter comparado sujeitos com fobia social generalizada com sujeitos com outras perturbações de ansiedade representa, também, um avanço na investigação na área até à data.

Em jeito de conclusão, esperamos que os estudos realizados tenham contribuído para uma melhor compreensão do fenómeno de ansiedade social e a relação dos construtos de vergonha interna, vergonha externa e autocrítico com este fenómeno. Para além disso, esperamos que este estudo alerte para a necessidade da introdução destes construtos em futuros programas de intervenção.

Referências Bibliográficas

- Alfano, C. A., Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2006). Cognitive Correlates of Social Phobia Among Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, (2), 189–201. DOI: 10.1007/s10802-005-9012-9
- Allan, S. & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19, (3), 293-299. DOI: 10.1016/0191-8869(95)00086-L
- Amaral, V., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2010). Relação entre Autocriticismo, Experiências Precoces de Subordinação e Sintomatologia Depressiva na Adulterez. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Braga.
- American Psychiatric Association. (2000). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR (4ª Edição). Washington, DC: Climepsi Editores
- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29–42. DOI: 10.1348/014466502163778
- Antony, M. M. & Rowa, K. (2008). *Social Anxiety Disorder*. USA: Hogrefe.
- Bagby, R. M., Cox, B. J., Schuller, D. R., Levitt, A. J., Swinson, R. P., & Joffe, R. T. (1992). Diagnostic specificity of the dependent and self-critical personality dimensions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 26, 59-64. DOI: 10.1016/0165-0327(92)90035-5
- 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.
- Barrett, K. C. (1995). A Functionalist Approach to Shame and Guilt. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.) *Self conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. (pp.25-63). New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., Morris, T. L. & Turner, M. W. (2004). Social Phobia. In T. L. Morris & J. S. March. *Anxiety disorders in Children and Adolescents*. 2ª Edição. (pp. 141-163). Guilford Presse: New York.

- Beidel, D. C. & Randall, J. (1994). Social Phobia. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International Handbook of Phobia and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. (pp. 111-129). Plenum Press: New York.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1988). Comorbidity of Test Anxiety and Other Anxiety Disorders in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, (3), 275-287. DOI: 10.1007/BF00913800
- Beidel, D., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R. & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *J Psychopathol Behav Assess*, 29, 47 –54. DOI: 10.1007/s10862-006-9021-1
- Beidel, D. C. & Stipelman, B. (2007). Anxiety Disorders. In M. Hersen, S. M. Turner & D. C. Beidel (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis*. 5ª Edição. (pp. 349-409). John Wiley & Sons: New Jersey
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. II*. New York: Basic Books.
- Carvalho, R. (2011). *Ansiedade social e a experiência de vergonha na adolescência*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.
- Cheung, M.S.P, Gilbert, P. & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 1143–1153. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00206-X
- Claesson, K. & Sohlberg, S. (2002). Internalized Shame and Early Interactions Characterized by Indifference, Abandonment and Rejection: Replicated Findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 277-284. DOI: 10.1002/cpp.331
- Cook, D. R. (1994). *Internalized shame scale. Technical manual*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems, Inc.

- Cox, B.J., Fleet, C. & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227–234. DOI: 10.1016/j.jad.2003.12.012.
- Cox, B. J., Rector, N. A., Bagby, R. M., Swinson, R. P., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57, 223-228. DOI: 10.1016/S0165-0327(99)00043-9.
- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W. & Karpinski, D. C. (2002). Self-Criticism in Generalized Social Phobia and Response to Cognitive-Behavioral Treatment. *Behavior Therapy*, 33,479-491. DOI: 10.1016/S0005-7894(02)80012-0
- 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., Alegre, S. & Salvador, M. C. (2004). Avaliação da Ansiedade Social na Adolescência. A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.
- Cunha, M. & Salvador, M. C. (2000). *Fobia Social na Infância e Adolescência: diagnóstico, avaliação e tratamento*. In J. Pinto-Gouveia (Eds). *Ansiedade Social: Da timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto.
- Cunha, M., & Salvador, M. C. (manuscrito não publicado). A versão Portuguesa da Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C): Um estudo exploratório.
- Del Rosario, P. M. & White, R. M. (2006). The Internalized Shame Scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis. *Personality and Individual Differences*, 41, 95–103. DOI: 10.1016/j.paid.2005.10.026.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Eds.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 553-564). Braga: APPORT.
- Elizabeth, J., King, N. & Ollendick, T. H. (2004). Etiology of Social Anxiety Disorder in Children and Youth. *Behaviour Change*, 21, (3), 162–172.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.

- Figueira, S. (2010). *A vivência de Vergonha nos adolescentes: estudo da Vergonha Externa e a sua relação com a Comparação Social e o Auto-Criticismo*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gilbert, P. (1998a). What is Shame? Some Core Issues and Controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame, Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. (pp. 3-38). New York: Oxford University Press, Inc.
- Gilbert, P. (1998b). Evolutionary psychopathology: Why isn't the mind designed better than it is? *British Journal of Medical Psychology*, *71*, 353-373. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb00998.x
- Gilbert, P. (2000a). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *7*, 174–189.
- Gilbert, P. (2000b). Social mentalities: Internal ‘social’ conflicts 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*. (pp.118-150). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, *24*(4), 723-751. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70260-4
- Gilbert, P. (2002). A biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body Shame, Conceptualisation, Research and Treatment*. (pp. 3-54). New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Rules, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, *70*, (4), 1205-1230.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behaviour and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, *33*, 295-306. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1994.tb01125.x

- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and selfwarmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, (2), 20, 183-200. DOI: 10.1891/088983906780639817
- Gilbert, P., Clarke, M. Hempel, S., Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004) Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. DOI: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P. & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In N. B. Allen & L. B. Sheeber (Eds.) *Adolescent Emotional development and the Emergence of Depressive Disorders*. Cambridge University Press.
- Gilbert, P. & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774. DOI: 10.1016/S0191-8869(99)00230-5
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherap*, 13, 353–379. DOI: 10.1002/cpp.507
- Goss, K. Gilbert, P. & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures – I: Other as Shamer Scale. *Personality and Individual Differences*, 5, 713-717. DOI: 10.1016/0191-8869(94)90149-X.
- 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. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia, basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (ED.). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral therapy for social anxiety disorder evidence-based and disorder – specific treatment techniques*. New York: Routledge.

- 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. DOI: 10.1207/S15374424JCCP2903_7
- Januário, P. (2011). *Ansiedade Social e Vergonha na Adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Kearney, C. A. & Drake, K. (2002). Social Phobia. In M. Hersen. (Eds.), *Clinical Behavior Therapy Adults and Children*. (pp. 326-344). New York: John Wiley & Sons.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin, 21*, (4), 995-998.
- La Greca, A. M. & Lopez, N. (1998). Social Anxiety Among Adolescents: Linkages With Peer Relations and Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, (2), 83-94. DOI: 10.1023/A:1022684520514
- Leary, M.R. & Kowalski, R. M. (1995). *Social Anxiety*. New York: Guilford Press.
- Lee, D. A. (2010). Using a compassionate ming to enhance the effectiveness of cognitive therapy for individuals who suffer from shame and self-criticism. In D. Sookman & R. L. Leahy. (Eds.), *Treatment resistant Anxiety Disorders* (pp. 233-254). New York: Routledge.
- Lutwak, N. & Ferrari, J. R. (1997). Shame-Related Social Anxiety: Replicating a Link with Various Social Interaction Measures. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal, 10*, 4, 335-40. DOI: 10.1080/10615809708249307
- 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.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Marujo, H. M. (1994). Síndromas depressivos na infância e na adolescência. *Tese de doutoramento não publicada*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Marshall, J. R. (1994). *Social phobia*. New York: Basic Books.

- Matos, M. Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2011). *Quando eu não gosto de mim: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Internalized Shame Scale*. Manuscript submitted for publication, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mongrain, M., Vettese, L., Shuster, B. e Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect and behavior in relationship of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 230-241. DOI: 10.1037/0022-3514.75.1.230
- Montgomery, S. A. (Eds.) (1995). *Social phobia: a clinical review*. WPA Social Phobia Task Force.
- Panskepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animals emotions*. New York: Oxford University Press.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pinto Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cogn Ther Res*, 30, 571–584. DOI 10.1007/s10608-006-9027-8
- Pitarch, M. J. G. (2010). Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale – Straightforward Items (BFNE-S): Psychometric Properties in a Spanish Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, (2), 981-989.
- Pollard, C. A., & Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 176, 440–445. DOI: 10.1097/00005053-198807000-00006
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A Cognitive-behavioral Model of Anxiety in Social Phobia. *Behav. Res. Ther.*, 35, (8), 741-756. DOI: 10.1016/S0005-7967(97)00022-3
- Rapee, R. M. & Sanderson, W. C. (1998). *Social phobia clinical application of evidence-based psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson inc.

- Salvador, M. C. (2009). “*Ser eu próprio entre os outros*”: um novo protocolo de intervenção para adolescentes com Fobia Social Generalizada. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sarason, I. G. (1984). Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938. DOI: 10.1037/0022-3514.46.4.929
- Shahar, G. & Gilboa-Shechtman, E. (2007). Depressive Personality Styles and Social Anxiety in Young Adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 4, 275-284.
- Silva, C. F. T. (2010). *A Escala das formas de auto-criticismo e de auto-tranquilização (FSCRS): características psicométricas na população adolescente*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version, *Child Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- 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.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. & Fischer, K. W. (1995). *Self conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256–1269. DOI: 10.1037/0022-3514.70.6.1256
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35. DOI: 10.1016/0272-7358(89)90044-5.

- Vicente, A.R.F. (2011). *O Reações aos testes (RT): estudos de validação numa amostra de adolescentes portugueses*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Walters, K. S. & Hope, D. A. (1998). Analysis of Social Behavior in Individuals With Social Phobia and Nonanxious Participants Using a Psychobiological Model. *Behavior Therapy*, 29, 387-407. DOI: 10.1016/S0005-7894(98)80039-7.
- Whelton, W. & Greenberg, L. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583-1595. DOI: 10.1016/j.paid.2004.09.024
- Wicker, F. W., Payne, G. C., & Morgan, R. D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and Emotion*, 7, 25-39. DOI: 10.1007/BF00992963
- 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. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3103_05
- Xavier, S. (2011). *Relação entre Ansiedade Social e Vergonha numa amostra de estudantes universitários*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Anexos

Instrumentos

- ✓ Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A)
- ✓ Reações aos Testes (RT)
- ✓ Inventário de Depressão para Crianças (CDI)
- ✓ Escala de Vergonha Interna (ISS)
- ✓ Escala de Vergonha Externa (OAS)
- ✓ Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização (FSCRS)
- ✓ Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADISC-C)

SAS – A

(La Greca, A.M. & Lopez, N., 1998)

Instruções:

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

Vamos, agora, tentar responder primeiro a estas afirmações. Como é que cada uma descreve aquilo que tu gostas? Faz um círculo à volta do número que escolheres para resposta.

- a) Gosto das férias de Verão..... 1 2 3 4 5
b) Gosto de comer espinafres..... 1 2 3 4 5

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

REACÇÕES AOS TESTES

(Sarason, I., 1984)

(Versão portuguesa: Baptista, A., Soczka, L. e Pinto, A., 1988)

(Tradução e adaptação para adolescentes: Vicente, A.R. e Salvador, M.C., 2010)

Instruções:

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 reflete o teu modo de reacção típico à situação descrita. Utiliza a seguinte escala:

1= Nada típico 2= Pouco típico 3= Típico 4 = 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 neste teste” está na minha cabeça 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

CDI

(Kovacs, M., 1985)

(Tradução e Adaptação: Marujo, H., 1994)

Instruções:

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros. Abaixo segue-se uma lista de sentimentos e ideias, agrupados por conjuntos de três frases. 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 a seguinte.

Não há respostas certas ou erradas para responder a estas frases. Escolhe apenas a frase que melhor traduz a forma como te tens sentido recentemente. Assinala com uma cruz a tua resposta.

Tens em baixo um exemplo para aprenderes a responder a estas frases. Põe uma cruz junto à frase que **melhor** te descreve.

Exemplo:

Leio livros muitas vezes.

Leio livros de vez em quando.

Nunca leio livros.

Vamos agora ver os outros grupos de frases.

Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve melhor nas últimas duas semanas.

Lembra-te, descreve como te tens sentido nas últimas duas semanas...

<input type="checkbox"/>	Estou triste de vez em quando.	1
<input type="checkbox"/>	Estou triste muitas vezes.	
<input type="checkbox"/>	Estou triste o tempo todo.	

<input type="checkbox"/>	Nunca nada me vai correr bem.	2
<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.	

<input type="checkbox"/>	Faço quase tudo bem.	3
<input type="checkbox"/>	Faço muitas coisas mal.	
<input type="checkbox"/>	Faço tudo mal.	

<input type="checkbox"/>	Divirto-me com muitas coisas.	4
<input type="checkbox"/>	Divirto-me com algumas coisas.	
<input type="checkbox"/>	Nada é divertido para mim.	

<input type="checkbox"/>	Sou sempre mau/má.	5
<input type="checkbox"/>	Sou mau/má muitas vezes.	
<input type="checkbox"/>	Sou mau/má de vez em quando.	

<input type="checkbox"/>	De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer.	6
<input type="checkbox"/>	Tenho receio que me aconteçam coisas más.	
<input type="checkbox"/>	Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis.	

ISS

(Cook, 1996)

(Tradução e Adaptação portuguesa: Matos, M. & Pinto Gouveia, J., 2006)

(Tradução e Adaptação para adolescentes: Januário, P. & Salvador, M.C., 2010)

Instruções:

Abaixo, encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências que podes sentir, de vez em quando, ou que te são familiares porque tens tido estes sentimentos e experiências, desde há muito tempo.

A maioria das afirmações descreve sentimentos e experiências que geralmente são dolorosos ou negativos de alguma forma. Algumas pessoas nunca, ou quase nunca tiveram muitos destes sentimentos. A maioria das pessoas já sentiu, em algum momento, algum destes sentimentos, contudo, se achares que estas afirmações descrevem a forma como te sentes quase sempre, apenas lê-las pode ser doloroso. Tenta ser o mais honesto possível.

Lê atentamente cada afirmação e faz um círculo em torno do que melhor descreve a frequência com que sentes o que é descrito. Usa a escala que se apresenta de seguida. Não te esqueças de responder a nenhum item.

0=Nunca 1=Raramente 2= Às vezes 3 = Muitas vezes 4 = Quase sempre

1. Sinto que nunca sou suficientemente bom.	0	1	2	3	4
2. Sinto-me, de alguma forma, à parte.	0	1	2	3	4
3. Penso que as pessoas me olham com superioridade.	0	1	2	3	4
4. Geralmente costumo sentir que sou bem sucedido.	0	1	2	3	4
5. Critico-me e desvalorizo-me (“deito-me abaixo”).	0	1	2	3	4

OAS

(Goss, K., Gilbert, P & Allan, S., 1994)

(Tradução e adaptação: Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P. 2005)

Instruções:

Esta escala tem como objectivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as vêem. De seguida é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como sentes que os outros te vêem (visão que os outros têm de ti). Lê atentamente cada uma das afirmações, e assinala com um círculo o número que indica a frequência com que te sentes ou experiências o que está descrito na frase, segundo a escala que se apresenta abaixo.

0= Nunca 1=Raramente 2= Às Vezes 3= Frequentemente 4 = Quase sempre

1. Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom/boa.	0	1	2	3	4
2. Penso que as outras pessoas me desprezam.	0	1	2	3	4
3. As outras pessoas deitam-me muitas vezes abaixo.	0	1	2	3	4
4. Sinto-me inseguro(a) acerca das opiniões dos outros sobre mim.	0	1	2	3	4
5. As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura deles(as).	0	1	2	3	4

FSCRS

(Gilbert *et al.*, 2004)

(Tradução e adaptação: Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., em preparação)

Instruções:

Quando as coisas correm mal nas nossas vidas ou não estão a funcionar como queríamos e sentimos que podíamos ter feito melhor temos, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos e auto-críticos. Estes podem tomar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade, inferioridade, etc. No entanto, as pessoas podem, também, tentar auto-tranquilizarem-se, ou auto-encorajarem-se.

Estão descritos em baixo um conjunto de pensamentos ou sentimentos que as pessoas por vezes têm. Lê cuidadosamente cada um dos pensamentos/sentimentos e assinala com um círculo aquele que melhor descreve o quanto esse pensamento/sentimento se aplica a ti (é verdadeiro no teu caso). Para isso utiliza a seguinte escala de resposta.

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

1. Desaponto-me facilmente comigo mesmo (a).	0	1	2	3	4
2. Há uma parte de mim que me inferioriza.	0	1	2	3	4
3. Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.	0	1	2	3	4
4. Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo	0	1	2	3	4
5. Perdoo-me facilmente.	0	1	2	3	4

Fobia Social (Perturbação de Ansiedade Social)

Perguntas Iniciais

Algumas crianças (alguns adolescentes) costumam sentir-se muito assustados(as) 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 (alguns 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,] 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, 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

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

Pedido de autorização aos Conselhos Executivos das Escolas

FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coimbra, 28 de Novembro de 2011

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a)

Na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra está a ser desenvolvida uma investigação, no âmbito de várias Teses de Mestrado, que visam estudar a fobia social /fobia aos testes e outras perturbações de ansiedade na população adolescente, nomeadamente a nível do seu impacto negativo no âmbito escolar, social e familiar, e a relação destes sintomas com outros constructos, nomeadamente a vergonha e o auto-criticismo.

A relevância deste estudo relaciona-se com o conhecimento de que a ansiedade em situações sociais e em situações de desempenho escolar podem causar graves limitações no desenvolvimento, adaptação e funcionamento social, académico ou mesmo ocupacional, nomeadamente dificuldades na relação com os pares, isolamento social, insegurança, dificuldades na interação em sala de aula e situações de avaliação (apresentações de trabalhos e/ou realização de testes), o que poderá repercutir-se no rendimento escolar, e por vezes levar até ao abandono escolar. Estas dificuldades podem ainda estar na origem do desenvolvimento de sintomatologia depressiva e abuso de substâncias.

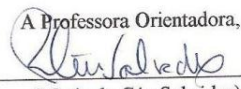
Em face disto, os resultados desta investigação poderão permitir não só a prevenção, como uma mais eficaz intervenção junto de jovens destas idades, para que o grau de invalidação normalmente associado a estas dificuldades seja colmatado, ou pelo menos, diminuído.

Deste modo, gostaríamos de solicitar a Vossa Excelência, autorização para recolher informação, em dois momentos distintos (um cerca de um mês após o outro), junto dos alunos com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, através do preenchimento de questionários de auto-resposta.

Antecipadamente gratos pela colaboração que nos venha a ser prestada e com o compromisso de cumprimento das normas éticas que presidem este tipo de investigação, nomeadamente o consentimento informado, a colaboração voluntária, bem como o tratamento de dados apenas para fins científicos.

Colocamo-nos à disposição de Vossa Excelência para esclarecimento de qualquer eventual dúvida.

Com respeitosos cumprimentos,
Pede deferimento,

A Professora Orientadora,

(Maria do Céu Salvador)

(Professora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

O Diretor,

Tomei conhecimento e autorizo _____

Anexo C.
Pedido de autorização aos Encarregados de Educação
(Escolas e Clínica)



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Pedido de autorização aos Pais/encarregados de Educação

Caro Encarregado de Educação,

Na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, está a ser desenvolvida uma investigação no âmbito de várias Teses de Mestrado, que visam estudar a fobia social/fobia aos testes e outras perturbações de ansiedade na população adolescente, nomeadamente a nível do seu impacto negativo no âmbito escolar, social e familiar.

A importância deste estudo está relacionada com o conhecimento de que a ansiedade em situações sociais e escolares podem causar graves limitações no desenvolvimento, adaptação e funcionamento social e académico, tais como, na relação com os colegas, isolamento social, insegurança, dificuldades na interacção em sala de aula e ainda em situações de avaliação (testes, apresentações de trabalhos), que poderá levar ao insucesso escolar e até mesmo ao abandono escolar. Além disso, podem levar a depressão, abuso de álcool e outras substâncias.

Assim sendo, os resultados desta investigação poderão permitir uma prevenção e uma intervenção mais eficaz junto de jovens destas idades, para que estas dificuldades seja ultrapassadas, ou pelo menos, diminuídas.

Deste modo, gostaríamos de pedir a colaboração do vosso educando, através do preenchimento de um conjunto de questionários e de uma entrevista. Desde já garantimos que os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para efeitos de investigação, e que poderá contactar os investigadores para ter acesso aos resultados do seu educando.

Gratos pela atenção dispensada e pela colaboração que nos venha a ser prestada, colocamo-nos à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida.

Pedimos-lhe que assinale, no espaço indicado, a vossa intenção.

Coimbra, 19 de Dezembro de 2011

A professora orientadora

(Maria do Céu Salvador)

(Professora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

----- Cortar pelo tracejado -----

Autorizo o(a) meu(minha) educando(a) (nome) _____ a participar no estudo.

Assinatura do Encarregado de Educação

Anexo D
Consentimento Informado para os adolescentes



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Formulário de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado(a) _____ (nome completo) estou de acordo em participar no estudo “**Ansiedade Social em adolescentes**”, que está a ser desenvolvido no âmbito das teses de Mestrado Integrado em Psicologia de alunas do 5º ano do respectivo curso, ministrado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Esta investigação está sob orientação da Professora Doutora Maria do Céu Salvador.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objectivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspectos que me pareceram pertinentes. Sei que devo responder da forma mais sincera e espontânea possível, e que não existem respostas certas ou erradas.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.

Foi-me garantido que os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para efeitos de investigação e que poderei contactar os investigadores para ter acesso aos meus resultados. Concordo em que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob autoridade delegada pelo investigador responsável.

Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

A Professora Orientadora,

Maria do Céu Salvador

(Professora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

O participante,

(nome completo)



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coimbra, 29 de Novembro de 2011

Exmo(a). Sr(a). Presidente do Conselho de Administração

Na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra está a ser desenvolvida uma investigação, no âmbito de várias Teses de Mestrado, que visam estudar a fobia social /fobia aos testes e outras perturbações de ansiedade na população adolescente, nomeadamente a nível do seu impacto negativo no âmbito escolar, social e familiar, e a relação destes sintomas com outros constructos, nomeadamente a vergonha e o auto-criticismo.

A relevância deste estudo relaciona-se com o conhecimento de que a ansiedade em situações sociais e em situações de desempenho escolar podem causar graves limitações no desenvolvimento, adaptação e funcionamento social, académico ou mesmo ocupacional, nomeadamente dificuldades na relação com os pares, isolamento social, insegurança, dificuldades na interação em sala de aula e situações de avaliação (apresentações de trabalhos e/ou realização de testes), o que poderá repercutir-se no rendimento escolar, e por vezes levar até ao abandono escolar. Estas dificuldades podem ainda estar na origem do desenvolvimento de sintomatologia depressiva e abuso de substâncias.

Em face disto, os resultados desta investigação poderão permitir não só a prevenção, como uma mais eficaz intervenção junto de jovens destas idades, para que o grau de invalidação normalmente associado a estas dificuldades seja colmatado, ou pelo menos, diminuído.

Deste modo, gostaríamos de solicitar a Vossa Excelência, autorização para recolher informação junto de utentes com diagnóstico de Fobia Social Generalizada e outras Perturbações de Ansiedade, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, que constituirão a amostra clínica da presente investigação. Esta recolha de informação será feita utilizando uma entrevista estruturada e o preenchimento de questionários de auto-resposta.

Antecipadamente gratos pela colaboração que nos venha a ser prestada e com o compromisso de cumprimento das normas éticas que presidem este tipo de investigação, nomeadamente o consentimento informado, a colaboração voluntária, bem como o tratamento de dados apenas para fins científicos.

Colocamo-nos à disposição de Vossa Excelência para esclarecimento de qualquer eventual dúvida.

Com respeitosos cumprimentos,

Pede deferimento,

A Professora Orientadora,

(Maria do Céu Salvador)

(Professora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

O(A) Presidente do Conselho de Administração,

Tomei conhecimento e autorizo _____

Protocolo de Investigação

Caro participante,

Convidamos-te a participar num estudo sobre Ansiedade Social em adolescentes que estamos a efetuar no âmbito da realização das nossas teses de Mestrado Integrado em Psicologia, curso este ministrado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Esta investigação, orientada pela Professora Doutora Maria do Céu Salvador, terá três objetivos principais:

- a) O estudo do nível de impacto negativo de ansiedade social no âmbito escolar, social e familiar;
- b) A realização de um conjunto de estudos que relacionarão a ansiedade social com outros constructos, nomeadamente, a vergonha, o autocríticismo, a aceitação e o autofocus;
- c) A adaptação de vários instrumentos de avaliação relacionados com ansiedade social, para a população portuguesa.

Esta investigação proporcionará uma compreensão mais alargada do fenómeno da ansiedade social na população adolescente portuguesa. A tua participação neste estudo, que desde já agradecemos, consistirá no preenchimento de alguns questionários de auto-resposta. As instruções serão apresentadas no início de cada questionário. Estes questionários serão preenchidos de forma voluntária e confidencial, sendo que os dados serão apenas usados para tratamento estatístico, para fins de investigação. Por favor, certifica-te que respondes a **todas as questões**, e da forma indicada nas instruções, caso contrário a tua participação no estudo será invalidada.

Muito obrigado pela tua participação.

Ao dispor para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Número de ordem (a preencher pelo investigador):

Questionário sócio-demográfico

Identificação (nome completo ou iniciais do nome completo):

Data de nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____

Sexo: F M

Ano de escolaridade: _____

Número de reprovações: _____

Localidade (concelho e distrito): _____

Profissão:

Do pai _____

Da mãe _____

Sofres de alguma doença física e/ou psicológica? _____ **Se sim,**
qual? _____

Estás a ter acompanhamento psicológico? _____

Anexo H.

Médias (M), Desvios-Padrão (DP), ANOVA's para verificação de diferenças e teste de Tukey dos restantes instrumentos utilizados na investigação, nos 3 grupos em estudo: FSG, OPA e N

Quadro A. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) da ansiedade social (SAS-A), ansiedade aos testes (RT) e sintomatologia depressiva (CDI) em função dos grupos em estudo. Análise de Variância (ANOVA) para verificação das diferenças.

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	P	Post-Hoc
SAS_total	FSG	37	65.16	11.19	51.85	.000	FSG> OPA> N
	OPA	25	48.28	12.29			
	N	35	36.91	12.18			
RT_total	FSG	37	2,42	.60	14.90	.000	FSG, OPA> N
	OPA	25	2.16	.66			
	N	35	1.69	.47			
CDI	FSG	37	19.22	8.76	27.92	.000	FSG> OPA,N
	OPA	25	12.04	5.30			
	N	35	7.83	4.11			

Nota: FSG = Grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = Grupo de Outras Perturbações de Ansiedade; N = Grupo de Ausência de patologia; SAS-A_total = total da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; RT_total = total da Escala Reações aos Testes.

Correlações entre todos os instrumentos utilizados no estudo II, no grupo da Fobia Social Generalizada

Quadro B. Correlações entre todos os instrumentos utilizados no estudo 2, no grupo de Fobia Social Generalizada (N= 37).

	ISS_ vergonha	OAS_ fator 1	OAS_ fator2	OAS_ fator3	OAS_ som	FSCRS_ fator1	FSCRS_ fator2	FSCRS_ fator 3	FSCRS_ fator1e3	SAS_fator1	SAS_fator2	SAS_fator3	SAS_total	RT_total	CDI_som
ISS_vergonha	1														
OAS_fator1	.670**	1													
OAS_fator2	.603**	.876**	1												
OAS_fator3	.591**	.679**	.665**	1											
OAS_som	.677**	.953**	.941**	.825**	1										
FSCRS_fator1	.847**	.619**	.620**	.532**	.648**	1									
FSCRS_fator2	-.419**	-.266	-.140	-.261	-.228	-.302	1								
FSCRS_fator3	.460**	.322	.395*	.205	.332*	.592**	-.208	1							
FSCRS_fator1e3	.803**	.582**	.607**	.476**	.608**	.964**	-.300	.785**	1						
SAS_fator1	.561**	.623**	.603**	.338*	.586**	.486**	.035	.240	.453**	1					
SAS_fator2	.188	.295	.303	-.043	.220	.135	.016	.242	.183	.539*	1				
SAS_fator3	.464**	.581**	.483*	.240	.494**	.389*	-.019	.360*	.418*	.621**	.395*	1			
SAS_total	.502**	.614**	.572*	.230	.537**	.420**	.015	.335*	.433**	.896**	.769*	.805*	1		
RT_total	.562**	.278	.324	.474**	.373*	.506**	-.335*	.181	.449**	.391*	.121	.167	.289*	1	
CDI_som	.777**	.597**	.556*	.637*	.638**	.550**	-.478**	.411*	.558**	.421**	.089	.417*	.383*	.524*	1

Nota: ISS_vergonha = Escala de Vergonha Interna, fator de vergonha ; OAS_fator1 = fator Inferioridade da Escala de Vergonha Externa; OAS_fator2 = fator Reação dos Outros aos Meus Erros da Escala de Vergonha Externa; OAS_fator3 = fator Vazio da Escala de Vergonha Externa; OAS_som = total da Escala de Vergonha Externa; FSCRS_fator 1 = fator Eu-Inadequado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator2 = fator Eu-Tranquilizador da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator3 = fator Eu-Detestado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; FSCRS_fator1e3 = soma dos fatores Eu-Inadequado e Eu-Detestado da Escala de Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; SAS-A_total = total da Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; CDI_som = total do Inventário de Depressão para Crianças; RT_total = total da Escala Reações aos Testes.

** $p < .001$

* $p < .005$

