



UC/FPCE — 2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O papel da Atenção Auto Focada na Fobia Social na adolescência: validação da versão portuguesa da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) e estudos preliminares**

Andreia Sofia Tomás Fontinho  
(andreiafontinho@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Salvador

## **O papel da Atenção Auto Focada na Fobia Social na adolescência: validação da versão portuguesa da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) e estudos preliminares**

### **Resumo**

De acordo com o modelo de Clark e Wells (1995), a fobia social é exacerbada e mantida por diversos constructos, nomeadamente a atenção auto focada, a ativação fisiológica, os pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança. Com o intuito de alargar a compreensão deste modelo cognitivo, o principal objetivo desta dissertação consistiu na análise da influência dos constructos referidos na manutenção da ansiedade social num grupo de adolescentes com fobia social generalizada e, ainda, da relação entre auto *focus* e atenção externa, comparando um grupo de adolescentes com fobia social generalizada (N=36), um grupo de adolescentes com outras perturbações de ansiedade (N=26) e um grupo de adolescentes sem psicopatologia (N=35).

Uma vez que não dispúnhamos de um instrumento adaptado e validado para a população adolescente portuguesa que permitisse avaliar a atenção auto focada numa situação social, a presente dissertação contempla, em primeiro lugar, o estudo da dimensionalidade e das características psicométricas da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) para adolescentes (Bögels, Alberts, & De Jong, 1996), numa amostra de 260 adolescentes. O questionário revelou ser um instrumento válido e fidedigno na avaliação da atenção auto focada numa situação social.

Relativamente ao estudo da relação entre auto *focus* e atenção externa, os resultados indicaram que as pontuações em ambos os processos atencionais foram mais elevadas no grupo de adolescentes com fobia social generalizada, comparativamente aos restantes grupos em estudo. No estudo do papel da atenção auto focada na ansiedade social, estudos correlacionais indicaram que este fator estava associado à ansiedade social, assim como aos constructos relacionados com esta, nomeadamente ativação fisiológica, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança. Além disso, os pensamentos automáticos revelaram ser o principal preditor da atenção auto focada. Finalmente, a atenção auto focada não contribuiu significativamente para a ansiedade social, sendo que foram os comportamentos de segurança que revelaram ter o papel mais saliente.

**Palavras-chave:** Fobia Social, adolescentes, atenção auto focada, atenção externa, ativação fisiológica, pensamentos automáticos, comportamentos de segurança.

## **The role of Self Focused Attention in Social Phobia in adolescence: validation of the Portuguese version of Self-Focused Attention Scale (SFA) and preliminary studies**

### **Abstract**

According to the model of Clark and Wells (1995), social phobia is maintained and exacerbated by several constructs, including self focused attention, physiological arousal, automatic thoughts and safety behaviors. In order to extend the understanding of this cognitive model, the main goal of this paper consisted in analyzing the influence of these constructs in the maintenance of social anxiety in a group of adolescents with generalized social phobia, and also the relationship among self focus and external attention, comparing a group of adolescents with generalized social phobia (N=36), a group of adolescents with other anxiety disorder (N=26) and a group of adolescents without psychopathology (N=35).

Since there was no instrument adapted and available for portuguese adolescents, this paper also consisted, in the first place, in the study of the dimensionality and psychometric properties of the Self-Focused Attention Scale (SFA) for adolescents (Bögels, Alberts, & De Jong, 1996) in a sample of 260 adolescents. The questionnaire proved to be a valid and reliable tool in the assessment of self focused attention in a social situation.

For the study of the relationship among self focused attention and external attention, the results indicate that scores in both attentional processes are higher in adolescents with generalized social phobia, compared to the other study groups. In the study of the role of self focused attention in social anxiety, correlation studies indicated that this factor was associated with social anxiety, as well as to related constructs, including physiological arousal, automatic thoughts and safety behaviors. Furthermore, automatic thoughts were the main predictor of self focused attention. Finally, self-focused attention did not contribute significantly to social anxiety, and safety behaviors were revealed to have the most prominent role.

**Keywords:** Social Phobia, adolescence, self focused attention, external attention, physiological arousal, automatic thoughts, safety behaviors.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor José Augusto Pinto Gouveia pela partilha da experiência e perspicácia clínica.

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, por toda a orientação, exigência, compreensão e incansável disponibilidade. Por colocar em tudo o que faz rigor, exemplo e competência.

Aos adolescentes que participaram nesta investigação, pois sem eles nenhuma destas páginas estariam escritas.

A todos os profissionais, psicólogos, psiquiatras, pediatras, professores e diretores das instituições que apoiaram esta investigação. Um especial agradecimento à Dra. Sandra Palma, à Dra. Joana Cachucho, à Dra. Helena Godinho e às professoras Cristina Tavares, Paula Martins e Ana Salas, por toda a compreensão e incentivo.

Às minhas colegas de investigação, Raquel, Soraia e Patrícia, pela ajuda eficaz e preciosa. Também em especial à Maria João e à Sandra, por todo o esforço e disponibilidade. Por fazerem parte deste projeto.

À Nela, Lisandra, Cristiana, Andreia, Cindy e Henrique, pelo carinho e paciência, mesmo quando estando presente estava ausente.

À Mariana, por me ensinar o verdadeiro sentido da palavra Amizade. Pelo aconchego e pelo incentivo, pela paciência nos meus momentos de impaciência. Enfim, por todos os momentos partilhados.

Aos meus pais, os meus exemplos de vida, por nunca me deixarem desistir. Pela educação que me transmitiram, pelos valores de vida que me ensinaram. Por serem quem são, e por terem feito de mim a pessoa que sou.

Aos meus irmãos, pela proteção e força inspiradora. À Beatriz e ao João, pelos sorrisos motivadores.

À minha família, por todo o carinho, por estarem presentes e permitirem que eu não estivesse. À minha família de coração, pelos tantos momentos de alegria e renovação da motivação.

E ao Rodolfo, claro, por todas as razões e mais alguma, por me acompanhar em cada etapa que eu percorro e por me incentivar a lutar por tudo o que é realmente importante. Por me encorajar nos momentos maus e aplaudir nos momentos bons. Acima de tudo por me ensinar que, custe o que custar, nunca se deve desistir de um sonho...

Por fim, a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste projeto académico e para o meu crescimento e enriquecimento, enquanto pessoa e enquanto profissional.

## Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>I. Enquadramento Conceptual</b>	2
1.1. Da Ansiedade Social à Fobia Social	2
1.2. Fobia Social na adolescência	4
1.3. Modelos compreensivos da Fobia Social	6
1.3.1. Modelo Cognitivo de Beck, Emery, e Greenberg (1985)	6
1.3.2. Modelo Cognitivo de Clark e Wells (1995)	8
1.3.3. Modelo de Herbert e Cardaciotto para a Fobia Social (2005)	10
1.4. O papel do <i>focus</i> de atenção na Fobia Social	11
1.5. Instrumentos de avaliação do <i>focus</i> de atenção para a Fobia Social	14
1.6. Síntese	16
<b>II. Objetivos e Hipóteses</b>	16
<b>III. Estudo I: Estudo da dimensionalidade e das características psicométricas da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) para adolescentes</b>	18
3.1. Metodologia	
3.1.1. Caracterização da Amostra	18
3.1.2. Instrumentos de avaliação	19
3.1.3. Procedimentos de investigação	22
3.2. Resultados	
3.2.1. Estrutura Fatorial	23
3.2.2. Estudo dos itens da Escala	25
3.2.3. Fidelidade da Escala	26
3.2.3.1. Consistência Interna	26
3.2.3.2. Estabilidade Temporal	26
3.2.4. Validade	
3.2.4.1. Validade convergente	27
3.2.4.2. Validade divergente	28
3.2.5. Dados normativos da SFA para adolescentes	29
<b>IV. Estudo II: Estudo exploratório da relação entre Fobia Social e Atenção Auto Focada na adolescência</b>	29
4.1. Metodologia	
4.1.1. Caracterização da Amostra	29
4.1.2. Instrumentos de avaliação	31
4.1.3. Procedimentos de investigação	34

4.2. Resultados	
4.2.1. Sub-estudo 1: Focus de Atenção numa situação social: Estudo inter-grupos	35
4.2.2. Sub-estudo 2: Atenção Auto Focada na Fobia Social	36
4.2.3. Sub-estudo 3: <i>Focus</i> de Atenção na Fobia Social	37
4.2.4. Sub-estudo 4: Papel da Ativação Fisiológica, dos Pensamentos Automáticos e dos Comportamentos de Segurança na explicação da Atenção Auto Focada na Fobia Social	38
4.2.5. Sub-estudo 5: Papel da Ativação Fisiológica, dos Pensamentos Automáticos, dos Comportamentos de Segurança e da Atenção Auto Focada na explicação da Ansiedade Social	39
<hr/>	
<b>V. Discussão dos resultados</b>	40
<hr/>	
<b>VI. Conclusões gerais</b>	52
<hr/>	
<b>Referências Bibliográficas</b>	55
<hr/>	
<b>Anexos</b>	
<hr/>	

## **Lista de Quadros**

---

<b>Quadro 1.</b> Características demográficas da amostra da população geral: género, idade e anos de escolaridade (N=260), testes T-Student para análise das diferenças	19
<b>Quadro 2.</b> Solução de dois fatores – constituição de cada fator e respetivas saturações dos itens que os compõem	24
<b>Quadro 3.</b> Médias, desvios-padrão, correlação item-total, <i>alpha de Cronbach</i> se o item for removido e correlação teste-reteste para cada item e para o total	25
<b>Quadro 4.</b> Correlações entre o total e os fatores da SFA, outra medida de auto focus (FAQself) e as medidas de ansiedade social (subescala de ansiedade da EAESSA, SAS-A e fatores ansiedade social e sintomas físicos da MASC)	27
<b>Quadro 5.</b> Correlações entre o total e os fatores da SFA e as medidas de atenção focada nos outros e no ambiente externo (FAQexterno), de ansiedade de separação e evitamento do perigo (MASC) e de sintomatologia depressiva (CDI)	28
<b>Quadro 6.</b> Médias e desvios-padrão da pontuação do total e subescalas da SFA para a amostra total e por género, idade e escolaridade. ANOVA's para análise das diferenças	29
<b>Quadro 7.</b> Distribuição dos grupos em estudo por género. Teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para verificação das diferenças	30

<b>Quadro 8.</b> Médias e desvios-padrão das da idade e ano de escolaridade dos grupos em estudo. ANOVA para verificação das diferenças	30
<b>Quadro 9.</b> Consistências Internas dos instrumentos utilizados, nos grupos em estudo (FSG, OPA e N)	34
<b>Quadro 10.</b> Médias (M) e desvios-padrão (DP) das variáveis em estudo nos grupos FSG, OPA e N. Análises da variância (ANOVA's) para verificação das diferenças e tamanho do efeito. Teste de Tukey para as comparações post-hoc	36
<b>Quadro 11.</b> Correlações bivariadas da Atenção Auto Focada com medidas de ansiedade social (SAS-A, SPAI-B Total) e constructos relacionados com esta, nomeadamente ativação fisiológica (SPAI-B_Item 16), pensamentos automáticos (EPASSA) e comportamentos de segurança (ECSSSA)	37
<b>Quadro 12.</b> Correlações bivariadas da Atenção Auto Focada com Atenção Focada no outro e no ambiente externo (FAQexterno)	37
<b>Quadro 13.</b> Análise de regressão múltipla para a ativação fisiológica (SPAI-B-Item 16), pensamentos automáticos (EPASSA) e comportamentos de segurança (ECSSSA) – variáveis independentes/preditoras – sobre a atenção auto focada na ativação fisiológica (SFAativação) – variável dependente	38
<b>Quadro 14.</b> Análise de regressão múltipla para a ativação fisiológica (SPAI-B Item 16) e pensamentos automáticos negativos (EPASSA) – variáveis independentes/preditoras – sobre a atenção auto focada na ativação fisiológica (SFA Ativação) – variável dependente	39
<b>Quadro 15.</b> Análise de regressão múltipla para a ativação fisiológica (SPAI-B Item 16), pensamentos automáticos (EPASSA), comportamentos de segurança (ECSSSA) e atenção auto focada na ativação fisiológica (SFAativação) – variáveis independentes/preditoras – sobre a ansiedade social elevada (SAS-A) – variável dependente	40

---

## Lista de Figuras

---

<b>Figura 1.</b> Modelo Cognitivo da Fobia Social (adapt. Beck, Emery, & Greenberg, 1985)	7
<b>Figura 2.</b> Modelo Cognitivo da Ansiedade Social (adapt. Clark & Wells, 1995)	10
<b>Figura 3.</b> Modelo da Fobia Social baseado na Aceitação (Herbert & Cardaciotto, 2005)	11

---

## Introdução

Atualmente, todas as consequências reconhecidas da fobia social, a sua elevada comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Garcia-Lopez, Piqueras, Diaz-Catela, & Ingles, 2008), e o reconhecimento de que esta perturbação está entre as mais prevalentes nos distúrbios psiquiátricos (Montgomery, 1995; Turner & Beidel, 1989), fazem com que seja um alvo de interesse de investigação crescente, não só na população adulta como também em crianças e adolescentes.

O reconhecimento da importância que o processo normal de socialização e do desenvolvimento de competências de relacionamento social com o outro têm na adolescência levou, portanto, à consideração do impacto que a fobia social pode ter nesta etapa do ciclo desenvolvimental. Isto porque todos os indivíduos necessitam de interagir socialmente, todos os dias e ao longo da vida, de forma a realizar tanto as tarefas sociais (ex. estabelecimento de amizades ou relações românticas), como as não sociais (ex. apresentar um trabalho na escola ou numa conferência).

Neste seguimento, obviamente que a inexistência de aptidões sociais e a presença de ansiedade social elevada trará consequências, limitações e incapacitação significativas no quotidiano do adolescente.

Vários estudos apontam que crianças e adolescentes com fobia social têm menos amigos e menor qualidade nas amizades estabelecidas (Beidel, Turner, Young, Ammermann, Sallee, & Crosby, 2007), menor perceção de aceitação pelos pares, maior suscetibilidade para a rejeição, maior isolamento (La Greca & Lopez, 1998) e um desempenho académico abaixo das suas capacidades (Stein & Kean, 2000). Além disso, se não forem alvo de intervenção terapêutica precocemente, certamente que as consequências se prolongarão também na idade adulta, fazendo com que a ansiedade social elevada possa seguir um curso crónico (APA, 2002; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

As consequências referidas da fobia social, aliadas à influência profundamente limitadora nos âmbitos profissional/escolar, social, familiar e em todas as atividades no quotidiano de quem sofre desta perturbação (Beidel, Turner, & Morris, 1999; LaGreca & Lopez, 1998) e, ainda, aos custos económicos que a fobia social coloca ao próprio sujeito e ao sistema de saúde (uma vez que aumenta a probabilidade de os indivíduos com fobia social recorrerem a este sistema) (Montgomery, 1995) são, por si só, razões óbvias para justificar o seu estudo. Parece por isso pertinente a investigação rigorosa da ansiedade social elevada na população adolescente portuguesa, com uma abordagem abrangente e que envolva diversos instrumentos de avaliação.

Por outro lado, sabe-se que a atenção auto focada, um fator cognitivo relacionado com a fobia social, interfere com o desempenho do indivíduo, uma vez que o seu aumento deixa recursos atencionais insuficientes para que o sujeito se foque na tarefa que está a realizar (Wine, 1971), aumenta a perceção da ativação fisiológica, pode aumentar a probabilidade de atribuições internas (Hope & Heimberg, 1988) e intensifica as reações

emocionais (Feningstein, 1979). Além disso, tendo em conta que a maior parte dos modelos explicativos da Fobia Social, estabelecem a atenção auto focada como sendo um fator cognitivo de vulnerabilidade para a exacerbação e manutenção desta perturbação e que a intervenção deve passar por intervir neste fator (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Clark & Wells, 1995; Herbert & Cardaciotto, 2005), torna-se de extrema importância desenvolver investigação na população adolescente portuguesa, no sentido de aprofundar o conhecimento acerca da relação entre estas duas variáveis.

Não obstante a sua importância, refira-se que, do nosso conhecimento, não existe nenhum instrumento que permita avaliar a atenção auto focada, nem para a população adolescente nem para a população adulta portuguesa. Deste modo, os estudos desta investigação são considerados de extrema relevância, uma vez que visam não só adaptar um instrumento de autorresposta de avaliação da atenção auto focada numa situação social, útil no complemento à informação recolhida nas entrevistas de avaliação e à prática clínica, mas também aprofundar o conhecimento acerca da relação entre atenção auto focada e Fobia Social.

De forma a alcançar estes objetivos, esta dissertação foi dividida em seis partes. Baseada na literatura existente sobre a fobia social, em geral, e a atenção auto focada nesta perturbação, em particular, a primeira parte deste trabalho visa estabelecer um enquadramento conceptual do tema desta investigação e das variáveis em estudo. São por isso descritos vários modelos de compreensão e tratamento da fobia social, com ênfase na presença do efeito do auto focus como fator explicativo do aparecimento e manutenção desta perturbação de ansiedade. Na segunda parte da presente dissertação são sistematizados os objetivos e as hipóteses inerentes à sua elaboração. A terceira e a quarta parte compreendem os estudos empíricos e são, por isso, referentes à contribuição pessoal. Encontram-se por isso organizadas da mesma forma: é apresentada a metodologia dos estudos e posteriormente a descrição dos resultados obtidos. A terceira parte compreende o estudo das características psicométricas de um instrumento de autorresposta que avalia a atenção auto focada numa situação social, numa amostra de população adolescente (SFA: Self-focused attention scale; Bögels, Alberts, & De Jong, 1996), enquanto a quarta parte compreende o estudo da relação entre o auto focus e a Fobia Social, usando para cumprir este objetivo três grupos de sujeitos: um grupo de adolescentes com Fobia Social, um grupo de adolescentes com outras perturbações de ansiedade e, finalmente, num grupo de adolescentes sem qualquer quadro psicopatológico. A quinta parte será preenchida com a discussão final dos principais resultados dos dois estudos realizados, e, finalmente, na sexta parte serão descritas as principais conclusões desta investigação, fazendo referência às limitações encontradas e direções para estudos futuros.

## **I. Enquadramento Conceptual**

### **1.1. Da Ansiedade Social à Fobia Social**

A ansiedade social é, de acordo com algumas teorias evolucionistas, um fator regulador nas relações humanas e conseqüentemente do comportamento social, uma vez que funciona como controlador da coesão de

um grupo social. Este tipo de ansiedade, quando experienciado num grau adaptativo, motiva o indivíduo para a preocupação com o impacto que o seu comportamento, discurso e aparência possa vir a ter junto dos restantes membros do grupo (Gilbert, 2001). Essa preocupação com a opinião dos outros pode inibir comportamentos socialmente inadequados, incentivar a obediência de normas e motivar para um melhor desempenho na tarefa (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Promoveria, portanto, a permanência do indivíduo dentro do grupo e a sua proteção, minimizando a possibilidade de exclusão e rejeição (Baumeister & Leary, 1995; Trower & Gilbert, 1989).

Não obstante ser habitualmente tida como uma experiência desagradável, é comum qualquer indivíduo experienciar níveis baixos de ansiedade e desconforto, ocasionalmente, em situações sociais ou de desempenho, como é o caso de comer, beber, escrever ou falar em público, ir a uma entrevista de emprego, interagir com outras pessoas em festas ou reuniões, falar com estranhos, entre outras. Contudo, em alguns indivíduos, esta resposta ansiosa em situações sociais pode ser tão intensa que provoca um elevado grau de desconforto experienciado e pode interferir no seu funcionamento social, podendo mesmo levar ao seu evitamento, à recorrência a comportamentos mal adaptativos para lidar com a situação, e por isso, à interferência no seu quotidiano (Beidel & Randall, 1994). Nestes casos, em que a ansiedade social é clinicamente relevante, estamos perante uma fobia social ou perturbação de ansiedade social.

A fobia social é caracterizada pelo medo persistente e irracional de estar em situações sociais ou de desempenho (ex. momentos de avaliação escolar) (APA, 2002), devido à existência de crenças negativas acerca de si próprio e do seu comportamento, e de expectativas baixas para o seu desempenho nessas situações (Kingery, Erdley, Marshall, Whitaker, & Reuter, 2010), o que leva a que estes indivíduos receiem estar expostos ao escrutínio e à avaliação dos outros (Eifert & Forsyth, 2005; Turner & Beidel, 1989; Velting & Albano, 2001). Estes doentes sofrem com a ansiedade antecipatória, ao considerarem, ainda antes da situação acontecer, que provavelmente vão fazer uma figura ridícula, experienciar inadequação social ou comportar-se de forma embaraçosa, e que, por isso, poderão ser rejeitados (Eifert & Forsyth, 2005; Mattick & Clarke, 1998). Por estas razões, situações sociais como falar em público, comunicar com uma pessoa do sexo oposto, entre outras, são evitadas ou suportadas com grande desconforto e ansiedade, limitando severamente o quotidiano destes indivíduos nos mais diversos âmbitos: social, ocupacional, académico, profissional ou familiar (APA, 2002; Beidel, Turner, & Morris, 1999; LaGreca & Lopez, 1998). Ou seja, os indivíduos com fobia social conseguem fazer todo um conjunto de atividades como cantar ou falar em voz alta, desde que estejam sozinhos. É o *setting* social que faz com que estes indivíduos sintam ansiedade elevada e que define e distingue a fobia social (Greist, 1995, *cit. in* Salvador, 1997).

Indivíduos com fobia social tendem a sobrevalorizar os julgamentos dos outros intervenientes na interação social, em detrimento da qualidade do seu desempenho social (Stopa & Clark, 1993), e baseiam os seus julgamentos de serem desaprovados pelos outros no processamento limitado

que tem do seu ambiente social (Perowne & Mansell, 2002). Por conseguinte, o evitamento das situações ansiógenas, os pensamentos irracionais a ela conducentes e a preocupação excessiva levam a uma menor qualidade de vida e a um sofrimento psicológico intenso (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

O medo sentido em situações sociais pode restringir-se a um número de situações de interação social bem delimitadas ou de desempenho público, mas não a sua maioria, sendo, neste caso, classificado de fobia social não generalizada, circunscrita ou específica. Por outro lado, o medo pode relacionar-se com a maioria das situações sociais (“por exemplo, iniciar ou manter conversações, participar em pequenos grupos, marcar encontros, falar com superiores, ir a festas”) – sendo, neste caso, classificado de fobia social generalizada (APA, 2002, p.451).

A fobia social inicia-se, geralmente, durante a adolescência, podendo ocorrer abruptamente após um episódio traumático ou ter um começo insidioso. Além disso, tem um curso crónico, flutuante em termos de gravidade até à idade adulta e não remissivo se não for alvo de tratamento; muito raramente os sintomas podem atenuar-se ou desaparecer durante a idade adulta sem intervenção terapêutica (APA, 2002).

A prevalência desta perturbação de ansiedade é de 3 a 13% ao longo da vida (APA, 2002), sendo que 8 a 12% das pessoas que procuram tratamento para distúrbios de ansiedade recebem um diagnóstico primário de fobia social (Turner & Beidel, 1989). Apesar da relevância destes números, continua a ser uma perturbação subdiagnosticada, o que pode, pelo menos em parte, dever-se ao facto de a ansiedade social ser uma experiência universal, percebida como um sinal de timidez que tende a passar. Além disso, geralmente os doentes apresentam no pedido de ajuda outros tipos de queixas que exprimem como sendo o seu principal problema e que podem advir de outras perturbações comórbidas à fobia social (Salvador, 1997).

## **1.2. Fobia Social na adolescência**

O conteúdo dos medos e da ansiedade de cada indivíduo está largamente relacionada com a etapa de desenvolvimento em que se situa. Nos adolescentes, os medos e a ansiedade normativos relacionam-se diretamente com as tarefas desta etapa desenvolvimental, como a aquisição de competências sociais requeridas para um funcionamento interpessoal bem sucedido, a perceção da complexidade da interação social e do seu papel enquanto objeto social e a procura constante de um lugar próprio no sistema social (Soares, 2000).

É também nesta fase que a aceitação pelo grupo de pares se torna crucial, tornando-se o adolescente muito mais preocupado e consciente da importância da opinião que os outros podem ter sobre si. Desta forma, os adolescentes tendem, geralmente, a preocupar-se com a avaliação a que são submetidos quando se encontram numa situação social (como é o caso da avaliação da sua aparência física, do seu discurso, dos seus atos, do seu desempenho escolar, das suas competências sociais, entre outros aspetos), devido ao reconhecimento de si mesmo enquanto ser social, exposto e

observado pelos outros (Cunha, 1996, 2005; Cunha & Salvador, 2000; Soares, 2000).

Todas estas grandes mudanças e preocupações sociais podem deixar os adolescentes inseguros relativamente à sua própria capacidade para conseguir causar a impressão desejada, o que o pode predispor para a inibição dos comportamentos socialmente inaceitáveis e para o cumprimento das regras sociais, motivando-o desta forma para o desempenho eficaz de diversas tarefas sociais e desenvolvimentais (Salvador, 2009). Deste modo, como anteriormente referido, a ansiedade funcionará como um fator protetor à desadequação social.

Assim, a existência de relações satisfatórias na infância e adolescência influenciam decisivamente o desenvolvimento de relações sociais adequadas na idade adulta. A importância destas tarefas sociais torna assim a adolescência um período vulnerável ao desenvolvimento de perturbações do foro social (Cunha & Salvador, 2000; Silva, 2004).

Por sua vez, a ansiedade social elevada, experienciada nos contextos sociais, pode abranger medos sobre a possibilidade de ser desadequado, de não saber o que dizer ou fazer perante os outros, de não conseguir iniciar e/ou manter um contacto nem com o seu grupo de pares, nem com as restantes pessoas, quer conhecidas, quer desconhecidas. Acresce ainda o medo acerca das possíveis consequências decorrentes desses atos, nomeadamente, a crítica e a rejeição dos outros. Todos estes receios podem mesmo levar ao evitamento de qualquer situação social e consequentemente, impedir o funcionamento interpessoal com o grupo de pares, crucial na adolescência (Mattick & Clarke, 1998).

Tem-se assim tornado mais visível o impacto que a fobia social tem sobre o funcionamento geral do indivíduo, assim como as diversas consequências na qualidade de vida do adolescente, nomeadamente, um menor número de amigos e menor qualidade nas amizades estabelecidas (Beidel, Turner, Young, Ammermann, Sallee, & Crosby, 2007), uma menor aceitação pelos pares, maior suscetibilidade para serem rejeitados, ignorados e gozados, menor perceção de aceitação e apoio por parte dos pares, rede de suporte social pouco extensa e maior isolamento (La Greca & Lopez, 1998). Consequentemente, a ansiedade elevada está também associada na adolescência ao aumento do risco de consumo excessivo de álcool e ao abuso de substâncias (Turner, Beidel, & Townsley, 1992). Na sua forma mais grave, a ansiedade social elevada pode acarretar na adolescência um maior risco de suicídio (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992). Além disso, uma vez que os sujeitos com fobia social demonstram uma baixa perceção das suas capacidades cognitivas, é frequente sentirem, a par da ansiedade na situação social, ansiedade elevada nos momentos de desempenho e avaliação (como por exemplo, ir ao quadro, responder em voz alta ou realizar uma atividade física). Estas dificuldades, aliadas ao baixo rendimento académico, podem posteriormente levar à recusa em ir à escola e até mesmo ao abandono escolar (Montgomery, 1995).

Desta forma, facilmente se compreende que a fobia social, ao ter um início precoce, possa prejudicar o desenvolvimento psicológico futuro e o estabelecimento de amizades (Salvador, 1997), podendo comprometer o

funcionamento normal em diversos domínios da vida dos adolescentes, interferindo significativamente no seu bem-estar e qualidade de vida.

Os custos a longo prazo destas dificuldades são inevitáveis, colocando o indivíduo em risco de desenvolver outras perturbações psiquiátricas, como a depressão, o alcoolismo ou o abuso de substâncias (Beidel, Turner & Morris, 1999; Garcia-Lopez, Piqueras, Diaz-Catela, & Ingles, 2008). Indivíduos que desenvolveram fobia social precocemente, tendem a abandonar a escola, a não progredir na carreira devido às suas dificuldades, têm uma maior taxa de absentismo e conseqüentemente um estatuto socioeconómico mais baixo; têm também uma maior probabilidade de estarem solteiros, de serem socialmente isolados e de terem uma rede de suporte social pouco extensa, de pensarem mais frequentemente em suicídio e de terem maior dependência económica (Caballo, Andrés, & Bas, 1997).

Parece portanto importante concluir que a fobia social, principalmente se se inicia numa idade precoce, é uma perturbação que acarreta sérios riscos no funcionamento emocional, ocupacional, académico e social das pessoas que dela sofrem, quer no imediato, quer a médio e longo prazo.

### **1.3. Modelos compreensivos da Fobia Social**

Um número elevado de modelos explicativos da fobia social tem sido propostos com o intuito de formular hipóteses sobre os processos predisponentes, precipitantes e de manutenção deste quadro clínico. Após análise da produção científica existente acerca da fobia social e do papel da atenção auto focada na manutenção e exacerbação deste quadro clínico foram selecionados três modelos compreensivos que realçam a importância deste fator cognitivo. De seguida, os modelos serão apresentados com base em critérios de ordem cronológica e de referencial teórico. Uma vez que alguns objetivos do segundo estudo desta dissertação se relacionam com especificamente com o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995), este será apresentado de uma forma mais extensiva do que os restantes.

#### **1.3.1. Modelo Cognitivo de Beck, Emery, e Greenberg (1985)**

O modelo cognitivo de Beck, Emery e Greenberg (1985) pretende explicar a ansiedade e as fobias, incluindo a Fobia Social.

O conceito fulcral neste modelo é o de esquema. Os esquemas são considerados estruturas cognitivas básicas que se formam com base em experiências precoces mal adaptativas da infância ou adolescência, e que conduzem o processamento que o sujeito faz da informação, organizando-a, classificando-a e atribuindo significado a objetos e acontecimentos. Estes esquemas estão organizados em modos, de acordo com o seu tema particular, sendo o modo o responsável pelo enviesamento no processamento de informação em todas as situações em que estiver ativado (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

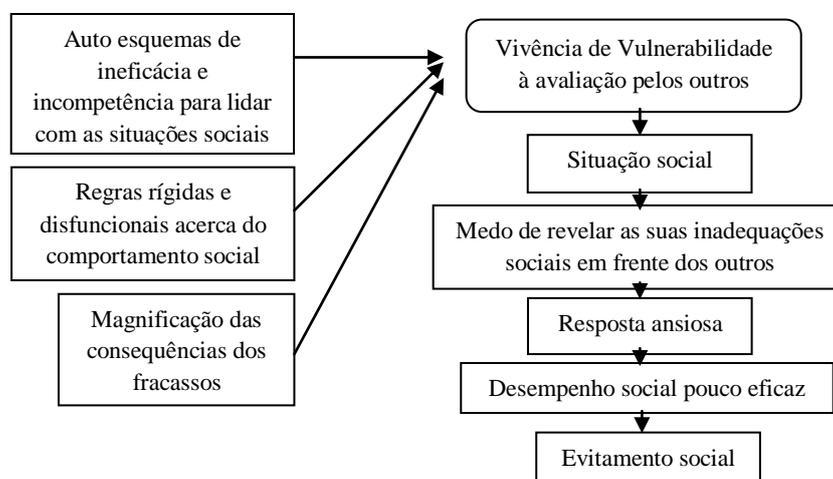
Nos indivíduos com fobia social o modo ativado é o de vulnerabilidade/perigo; quando ativado em situações sociais, a vulnerabilidade do indivíduo concentra-se na eventual rejeição e avaliação negativa dos outros e na possibilidade de revelar uma fraqueza ou defeito, tornando-os particularmente hipervigilantes às pistas de ameaça. Como

resultado, a atenção do sujeito com fobia social centra-se nas pistas de ameaça social, enquanto as pistas neutras ou moderadamente positivas são ignoradas ou até negativamente interpretadas (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

Assim, ao avaliarem constantemente a gravidade de uma potencial ameaça e as suas capacidades para lidar com ela, as distorções cognitivas (por exemplo, minimização das suas qualidades pessoais, maximização das suas debilidades e dificuldades) fazem com que o indivíduo com fobia social chegue a uma estimativa pouco razoável da ameaça e das suas capacidades para lidar com ela – demonstrado nas situações ansiógenas através de pensamentos automáticos como “não vou ser capaz” ou “vou fazer figura de parvo”. O indivíduo com fobia social assume, então, que deve provar o quanto vale perante um avaliador e, ao mesmo tempo, esconder os seus supostos defeitos e incapacidades, caso contrário, os outros poderão reparar em qualquer falha e inferiorizá-lo por isso. Ao considerar-se vulnerável, antecipa o fracasso, a desaprovação e rejeição por parte dos outros. Nesta sequência, o sujeito tende automaticamente a sentir ansiedade social disfuncional, e a usar mecanismos de inibição também disfuncionais para esconder as suas fraquezas. Contudo, estes mecanismos interferem também com o seu desempenho (interferência na fluência verbal, no pensamento e nas recordações e memória remota) na situação social e, conseqüentemente, com a apresentação eficaz do “Eu” (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

Neste modelo, o papel da atenção auto focada é destacado, na medida em que os sujeitos com fobia social, ao estreitarem a sua atenção para as pistas sociais de ameaça, ficam muito mais conscientes dos seus comportamentos, sentimentos e pensamentos. O aumento da consciência de si mesmo torna-o mais sensível a qualquer pista da situação social e, nesta sequência, a importância de qualquer pista pode tornar-se exagerada (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

Assim, o ciclo vicioso continua aumentando tanto a perceção de vulnerabilidade como, conseqüentemente, a probabilidade do indivíduo evitar as situações temidas, perpetuando o quadro de fobia social. O modelo de Beck, Emery, & Greenberg (1985) está representado na Figura 1.



**Figura 1** – Modelo Cognitivo da Fobia Social  
(adapt. Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

### 1.3.2. Modelo Cognitivo de Clark e Wells (1995)

O modelo cognitivo de Clark e Wells derivou amplamente do modelo de Beck, Emery, & Greenberg (1985). Apesar de este modelo ter sido desenvolvido para adultos, a aplicabilidade de alguns componentes do modelo foi igualmente comprovada em crianças por Hodson, McManus, Clark e Doll (2008), e em adolescentes por Schreiber, Stangier e Steil (2010). Além disso, na população portuguesa, a aplicação de um protocolo de tratamento para a fobia social em adolescentes baseado neste modelo apresentou resultados eficazes (Salvador, 2009).

De acordo com este modelo, a persistência da fobia social, na ausência de tratamento, é explicada pela ocorrência de processos cognitivos e comportamentais numa situação social temida. Através de experiências precoces, os sujeitos com fobia social constroem um conjunto de crenças acerca de si próprio e das situações sociais, que os leva a interpretar as situações sociais como perigosas, estando por isso predispostos a comportarem-se de uma forma desadequada. Nesta sequência, os comportamentos adotados poderão ter consequências, como a sua rejeição e desvalorização por parte dos outros (Clark & Wells, 1995).

Clark e Wells (1995) realçam três tipos de crenças disfuncionais que os indivíduos com fobia social apresentam no processamento da informação social. O primeiro tipo de crenças são padrões de desempenho social demasiado altos (e.g. “todos tem de gostar de mim”); o segundo tipo são crenças condicionais relacionadas com a avaliação social (e.g. “se discordar de alguém os outros vão rejeitar-me”); e o terceiro tipo são crenças incondicionais acerca do seu valor (e.g. “sou incompetente”).

Ativadas estas crenças negativas nas situações sociais, são preconizados quatro processos que impedem a sua desconfirmação:

(1) Numa situação social, a atenção dos indivíduos com fobia social centra-se em aspetos do *self* que possam vir a ser alvo de avaliação negativa pelos outros, percebendo-se como objeto de avaliação social. Neste processo, o sujeito utiliza informação interna tornada acessível pela auto monitorização para inferir, por um lado, qual é a sua aparência para as outras pessoas e, por outro, o que é que essas pessoas estão a pensar de si. Porém, este processo não permite ao sujeito desconfirmar a opinião negativa formada, o que reforça as suas crenças disfuncionais. A manutenção deste estilo de processamento auto focado pode relacionar-se com a pouca informação inequívoca acerca da opinião que os outros têm numa situação social (isto é, a impressão que o sujeito imagina que os outros tem dele é baseada em auto percepções e portanto, a sua procura aumentaria a atenção auto focada), ou então com o facto de os indivíduos com fobia social não manifestarem comportamentos, que lhes permitiria desconfirmar a opinião formada, como o estabelecimento de contato visual, por pensarem que aumentariam o risco de uma avaliação negativa;

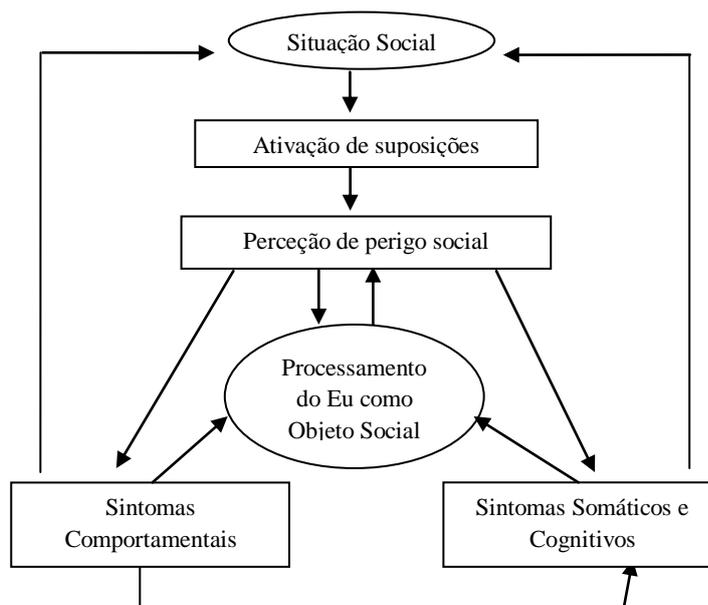
(2) Os comportamentos de segurança que os indivíduos com fobia social adotam para reduzir a ameaça social e prevenir as consequências que receiam não lhes permite ter experiências desconfirmatórias das crenças irrealistas;

(3) O terceiro processo relaciona-se com a razoável probabilidade das consequências que os indivíduos com fobia social receiam virem, de facto, a acontecer. Isto porque os processos cognitivos e comportamentais que o sujeito utiliza para diminuir a ansiedade durante a interação social, faz com que essa interação seja menos agradável, tanto para o sujeito com fobia social como para os outros. Este padrão de interação negativo vai, conseqüentemente, confirmar os receios do sujeito;

(4) A ansiedade antecipatória, que os indivíduos com fobia social experienciam antes da interação social (por recordarem experiências de fracasso anteriores) faz com que sempre que estes tem de entrar numa situação social, já o façam num modo de processamento auto focado e, nesta sequência, são pouco recetíveis a sinais de aceitação que os outros possam dar.

Além disso, após a interação social, os indivíduos com fobia social revêm todo o acontecimento ao pormenor, surgindo emoções e auto percepções negativas, o que explica o sentimento de vergonha que mantêm, mesmo após a ansiedade passar. A essa revisão, Clark e Wells (1995) denominaram “autópsia” do acontecimento. É assim que uma situação, que pode ter sido interpretada como neutra ou positiva por um observador externo, fica codificada como mais um fracasso para o sujeito com fobia social, fortalecendo a crença do indivíduo acerca da sua desadequação social.

Resumindo, de acordo com o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995), quando os sujeitos com fobia social entram numa situação social temida, são ativadas suposições disfuncionais, sendo que esta ativação será responsável pelo surgimento de pensamentos automáticos negativos e sintomas vegetativos da ansiedade. Ao focar a atenção nestes sintomas ou em aspetos do seu comportamento ou aparência (efeito auto *focus*), o sujeito percecionam-se-á como objeto de avaliação social, inferindo que os outros o estarão a avaliar de forma negativa por percecionarem os seus sintomas. Este processo aumentará a ansiedade sentida e, conseqüentemente, a ativação fisiológica, formando um ciclo vicioso. A fim de tentarem reduzir a ameaça social e prevenir as consequências temidas (como a rejeição ou a humilhação), os sujeitos com fobia social envolvem-se em comportamentos de segurança que contribuem para a manutenção das dificuldades, ao impedirem a desconfirmação das suas crenças. Os processos postulados como ocorrendo quando um sujeito com fobia social entra na situação social temida encontram-se representados na Figura 2.



**Figura 2** – Modelo Cognitivo da Ansiedade Social (adapt. Clark & Wells, 1995).

### 1.3.3. Modelo de Herbert e Cardaciotto para a Fobia Social (2005)

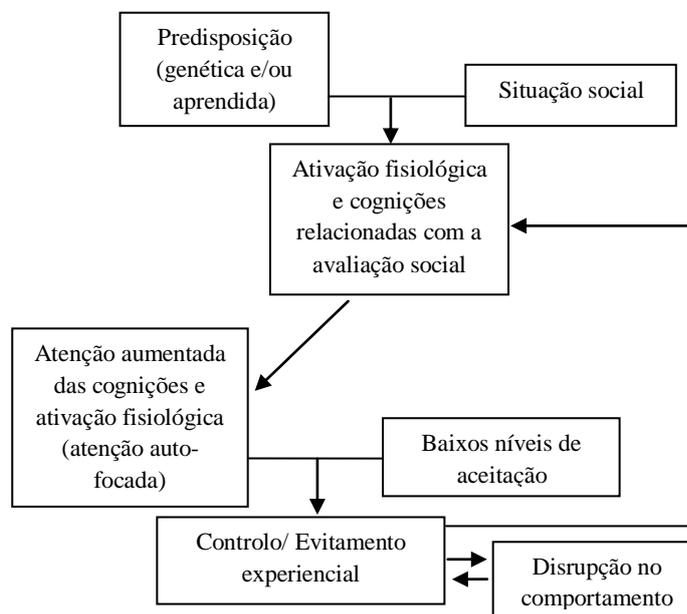
Este modelo enfatiza os níveis de aceitação da ansiedade como mediador da ansiedade social e da disrupção do comportamento, bem como os conteúdos cognitivos disfuncionais (tal como pensamentos negativos acerca de um desempenho social) (Herbert & Cardaciotto, 2005).

As situações sociais (reais ou antecipadas), num contexto de predisposição (genética e/ou aprendida) à ansiedade social, desencadeiam a ativação fisiológica e pensamentos automáticos negativos relacionados com a avaliação social. Sem essa predisposição para a ansiedade social, a situação social irá produzir uma ativação mínima e, na ausência de uma situação fóbica, a predisposição não é ativada. Uma vez na situação, à medida que surgem as cognições e reações fisiológicas ansiógenas, a atenção do indivíduo foca-se nos processos internos, em detrimento dos processos e estímulos externos – *auto focus* (Herbert & Cardaciotto, 2005).

O *auto focus* depende portanto da aceitação, um traço *quasi* estável e portanto, passível de ser alterado. Assim, um indivíduo com um nível de aceitação elevado não tenderá a fazer evitamento da ativação cognitiva e fisiológica e como tal, o *auto focus* terá um efeito mínimo no seu desempenho. Já um indivíduo com reduzida aceitação tenderá a tentar controlar a forma e frequência das cognições e das emoções, tentando suprimi-los, envolvendo-se em estratégias de controlo experiencial (Herbert & Cardaciotto, 2005). Estas tentativas de controlo experiencial, apesar de eficazes durante algum tempo, acabam por exacerbar a ansiedade. Estabelece-se, desta forma, um ciclo vicioso entre aumento da ativação, aumento do *auto focus* e aumento dos esforços para controlar a experiência interna, conduzindo a uma interferência no comportamento.

A canalização dos esforços do indivíduo para este controlo vai interferir no seu comportamento, ao comprometer o seu desempenho em situações sociais e de avaliação, ou mesmo ao levar ao evitamento destas

situações. Esta disrupção no comportamento leva, por sua vez, a uma nova tentativa de controlo (Herbert & Cardaciotto, 2005). O modelo baseado na aceitação de Herbert e Cardaciotto (2005) é apresentado na Figura 3.



**Figura 3** – Modelo da Fobia Social baseado na Aceitação (Herbert & Cardaciotto, 2005)

#### 1.4. O papel do *focus* de atenção na Fobia Social

Os processos atencionais assumem um papel extremamente importante na ansiedade social e, conseqüentemente, na fobia social (Bögels & Mansell, 2004). Isto porque durante uma situação social, a atenção do indivíduo pode incidir em dois domínios diferentes de conteúdo: ou em si próprio, nos seus comportamentos, cognições, emoções ou ativação fisiológica (atenção auto focada); ou, por outro lado, no ambiente externo e no(s) outro(s) interveniente(s) da situação social (atenção focada nos outros e no ambiente externo) (Bögels & Mansell, 2004). Numa interação social bem-sucedida existe um balanceamento adequado entre estas duas direções da atenção (Wells & Mathews, 1994). No entanto, alguns autores defendem que os sujeitos com fobia social se envolvem num processo de atenção cronicamente auto focada, que pode prejudicar o desempenho dos indivíduos com este quadro clínico (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Bögels & Mansell, 2004; Bögels, Mulkens, & De Jong, 1997; Clark & Wells, 1995; Herbert & Cardaciotto, 2005; McManus, Sacadura, & Clark, 2008; Woody & Rodriguez, 2000). Woody (1996) forneceu apoio direto para os efeitos ansiógenos da atenção auto focada, ao demonstrar que uma manipulação experimental deste fator durante um discurso aumentou os níveis de ansiedade dos doentes com fobia social.

Neste seguimento, a atenção auto focada (também denominada por Buss (1980) como autoconsciência) refere-se ao processo pelo qual a atenção é dirigida, numa situação social, ao seu próprio *self*, podendo focar-se ou nos seus aspetos públicos (e.g. comportamento, aparência física) ou nos seus aspetos privados (e.g. ativação fisiológica ou cognitiva). Deste

processo resulta que o sujeito se percebe como sendo um objeto sujeito à avaliação dos outros – constituindo-se a ansiedade social como uma reação a todo este processo (Bögels & Mansell, 2004; Woody & Rodriguez, 2000).

Como se torna evidente pela análise dos modelos anteriormente expostos, a atenção cronicamente auto focada parece pois ser um fator cognitivo de vulnerabilidade para a manutenção e/ou exacerbação da fobia social. No modelo cognitivo de Beck, Emery, e Greenberg (1985), os indivíduos com fobia social, ao entrarem numa situação social, ficam mais conscientes do seu comportamento, pensamentos e emoções, o que os torna mais atentos e sensíveis a possíveis pistas de ameaça social e mais distraídos relativamente à tarefa, aumentando a ansiedade social sentida. Nestas circunstâncias, o seu desempenho diminui, confirmando as suas crenças de vulnerabilidade e contribuindo para um ciclo vicioso de hipervigilância. No entanto, é no modelo de Clark e Wells (1995) que a atenção auto focada é mais claramente incluída no modelo. Estes autores estabelecem que, num contexto social, a atenção dos indivíduos com fobia social centra-se em aspetos internos que possam vir a ser alvo de avaliação negativa pelos outros. Ao ficar mais conscientes das respostas de ansiedade, diminui a atenção aos comportamentos dos outros, o que conseqüentemente interfere com o seu desempenho. Este facto continua a contribuir para uma visão de si como socialmente desadequado devido, primeiramente, à ansiedade sentida que é interpretada como prova de inadequação e depois, devido à construção de uma impressão negativa de si próprio que constrói com base nas suas sensações internas (encontradas na auto monitorização excessiva que realizam), e que assume que é também a que os outros têm dele. Já no modelo de Herbert e Cardaciotto (2005), as situações sociais e os estímulos ansiógenos desencadeiam um processo de ativação fisiológica e a evocação de cognições negativas, focando a atenção do indivíduo em processos internos, em detrimento dos processos e estímulos externos. Um nível de aceitação baixa faz com o indivíduo tente controlar a forma e frequência das cognições e das emoções, tentando suprimi-los. Este controlo experiencial, após algum tempo, acaba por criar ainda mais ansiedade e conseqüentemente, por originar um ciclo vicioso entre aumento da ativação, efeito auto focus e tentativas de controlo experiencial.

Não obstante os modelos exporem a atenção auto focada como fator exacerbador da ansiedade social, foram também encontradas algumas evidências que suportam que a ansiedade social induz um estado de atenção auto focada, formando-se assim um ciclo vicioso que mantém a fobia social (isto é, a atenção exacerba a ansiedade social e vice-versa) (Wegner & Giuliano, 1980).

Neste seguimento, alguns autores têm também abordado as conseqüências diretas da excessiva atenção auto focada na situação social. Assim, consoante o aumento da atenção auto focada, aumenta a hipervigilância à ativação fisiológica (ou antes a consciência dos processos fisiológicos) que é seguida de evitamentos dos estímulos percebidos como ameaçadores (Fenigstein, 1984; Wegner & Giuliano, 1980). Ao não se permitir desconfirmar a percepção de ameaça, o sujeito mantém a ansiedade e a percepção errónea dos estímulos neutros, que continuam a ser percebidos

como uma ameaça. Nesta sequência, a atenção auto focada, presente no quotidiano dos indivíduos com ansiedade social elevada, pode resultar na experiência de *stress* experiencial e no evitamento constante das situações sociais (Bögels & Mansell, 2004; Glick & Orsillo, 2011; Hope, Gansler, & Heimberg, 1989).

Relativamente à relação da atenção auto focada com as atribuições causais, investigadores concluíram que indivíduos socialmente ansiosos e autoconscientes tendem a ter uma baixa perceção de autoeficácia, atribuindo o insucesso de uma interação social a si próprios e o sucesso a causas externas, como a sorte ou a facilidade da tarefa (Hope & Heimberg, 1988; Woody & Rodriguez, 2000). Ou seja, os indivíduos com fobia social têm pouca confiança nas suas capacidades, sendo que os processos de atenção auto focada e a tendência de fazer auto atribuições negativas pelo insucesso social (cognições punitivas) aumentem ainda mais a ansiedade (Woody, 1996).

No que concerne à relação deste fator cognitivo com o afeto negativo, os resultados da investigação de Mor e Winquist (2002) e de Pyszczynski e colaboradores (1991) sugerem que existe uma relação causal direta entre as duas variáveis mencionadas. Ou seja, estes autores reportaram uma associação entre atenção auto focada e o aumento da frequência de cognições relacionadas com a autoavaliação, na qual o comportamento e aparência percebida pelo sujeito socialmente ansioso são comparados com um padrão considerado ideal; no caso de o indivíduo não atingir um padrão de expectativas positivas supõem-se que a atenção auto focada pode intensificar o afeto negativo, como por exemplo a tristeza, e prejudicar o desempenho do sujeito. Consequentemente, o estado auto focado parece estar também associado à presença de sintomas depressivos na fobia social (Ingram & Wisnicki, 1999; Sloan, 2005).

Finalmente, no que concerne à recordação de informação interpessoal, Mellings e Alden (2000) e Kimble e Zehr (1982) verificaram que os indivíduos com fobia social com atenção auto focada aumentada apresentam uma menor capacidade para lembrar características ambientais e características do outro interveniente da interação social, como por exemplo, a cor da roupa. Além disso, recordam uma menor quantidade de informação e cometem mais erros, relativamente aos indivíduos sem ansiedade social (Hope, Heimberg, & Klein, 1990).

Em suma, os resultados de investigações e os modelos referidos suportam a formulação cognitivo-comportamental da ansiedade social elevada, a qual propõe que os sujeitos com este tipo de ansiedade se envolvem em processos de atenção auto focada, que podem prejudicar a sua capacidade de processar informação social, assim como o seu desempenho na situação social. Além disso, parece então que a atenção auto focada aumenta a perceção da ativação fisiológica, pode aumentar a probabilidade de atribuições internas e de autoatribuições negativas, pode interferir com os processos mnésicos e, finalmente, pode também intensificar as reações emocionais. A atenção auto focada em sujeitos com fobia social interfere portanto com diversos processos e acarreta inúmeras consequências, sendo o mais característico a negligência do desempenho na tarefa e das

características dos outros intervenientes da interação social (Bögels, Mulkens, & De Jong, 1997; Bögels, Rijsemus, & De Jong, 2002; Perowne & Mansell, 2002; Woody & Rodriguez, 2000).

Posto isto, a redução da atenção auto focada e das suas consequências negativas pode ser um ponto de partida na intervenção cognitiva da fobia social (Wells & Matthews, 1994). De acordo com Mansell, Clark, e Ehlers (2003), é pertinente promover a atenção externa de forma a permitir a correção de informações do ambiente, anteriormente percecionadas como ameaçadoras.

### **1.5. Instrumentos de avaliação do *focus* de atenção para a Fobia Social**

Uma vez que um dos objetivos deste trabalho se prende com a adaptação de um instrumento de avaliação de uma das dimensões do *focus* de atenção, nomeadamente a Escala de Atenção Auto Focada, considerámos pertinente apresentar algumas informações relacionadas com este e outros instrumentos que avaliam o mesmo constructo ou outros relacionados, como o Questionário do Focus de Atenção e a Escala de Consciência de Si Próprio. Importa referir que o Questionário do Focus de Atenção e a Escala de Atenção Auto Focada serão apresentados de forma mais extensa uma vez que estes instrumentos são utilizados nos estudos desta dissertação.

Relativamente à **Escala de Atenção Auto-Focada** – SFA: *Self-focused Attention Scale* (Bögels, Alberts, & De Jong, 1996), foi desenvolvida no âmbito de um estudo de Bögels et al (1996), em que se pretendia estudar a relação entre auto consciência, atenção auto focada, propensão e medo de corar. Neste âmbito, a SFA avalia a atenção auto focada numa situação social, sendo um instrumento de rápido preenchimento, composto por 11 itens, que se integram em dois fatores: cinco itens avaliam a atenção focada na ativação fisiológica do próprio sujeito (SFA*ativação*), e os seis itens restantes avaliam a atenção focada no comportamento do próprio sujeito (SFA*comportamento*), durante a situação social. É portanto possível obter uma pontuação total e pontuações individuais para cada uma das subescalas referidas. A escala de resposta, é do tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1=*nada* e 5=*totalmente*.

Na versão original da escala, o *alpha Cronbach* da SFA*ativação* é de .86, que demonstra um valor de consistência interna bom, e o *alpha Cronbach* da SFA*comportamento* é de .78, que demonstra um valor de consistência interna razoável. Relativamente à consistência interna para o resultado total, foi encontrado um *alpha de Cronbach* de .88, que demonstra um valor de consistência interna bom (Bögels, Alberts & De Jong, 1996).

No que concerne ao **Questionário do Focus de Atenção** (Focus of Attention Questionnaire - FAQ; Woody, Chambless, & Glass, 1997; versão portuguesa: Fontinho & Salvador, em preparação), este foi desenvolvido por Woody, Chambless e Glass (1997), com o objetivo de avaliar o *focus* de atenção durante uma tarefa social.

O FAQ é um questionário de rápido preenchimento, cuja estrutura é bifatorial. Cada fator é composto por 5 itens, sendo que uma avalia a atenção auto focada (FAQ*self*), em que os itens avaliam a monitorização do próprio

comportamento, ansiedade e ativação fisiológica, e gestão da impressão causada ao outro; e o outro avalia a atenção focada nos outros, nomeadamente o grau em que o indivíduo acede a características do ambiente externo e do outro interveniente na situação social (FAQ<sub>externo</sub>) (Woody, 1996). A escala de resposta é uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “*nada*” e 5 corresponde a “*totalmente*”.

Na sua versão original, este questionário foi construído para ser usado imediatamente após uma situação social, sendo que a formulação dos itens referem-se à experiência particular do sujeito nessa mesma situação. O estudo das características psicométricas deste instrumento ocorreu numa amostra de 65 sujeitos com fobia social generalizada. Relativamente à versão portuguesa, com a autorização da autora, foi adaptado com o objetivo de avaliar uma situação social que, na altura do preenchimento, é recordada.

Na sua versão original, a consistência interna do FAQ foi considerada aceitável, tendo sido obtidos um *alpha Cronbach* de .76 para o fator FAQ<sub>self</sub> e um *alpha Cronbach* de .72 para o fator FAQ<sub>externo</sub>. Relativamente à correlação entre as duas subescalas, esta foi de -.07, demonstrando um valor de correlação muito baixa e negativo (Woody, 1996; Woody, Chambless, & Glass, 1997). Demonstrou ainda possuir uma boa validade de constructo ao apresentar correlação com medidas de ansiedade (Woody, Chambless, & Glass, 1997).

A versão portuguesa foi estudada numa população de adolescentes dos 14 aos 18 anos da população geral. A escala apresenta um valor de consistência interna considerada razoável para ambas as subescalas, tendo sido encontrado um *alpha de Cronbach* de .79 para a subescala de atenção auto focada e uma *alpha de Cronbach* de .73 para a subescala de atenção focada nos outros. A correlação entre as duas subescalas é de .66, sendo considerado um valor de correlação moderado (Fontinho & Salvador, em preparação).

A FAQ possui também uma boa validade de constructo ao apresentar correlações moderadas entre os fatores FAQ<sub>self</sub> e FAQ<sub>externo</sub> e o SPAI-B, demonstrando uma boa validade convergente; no que respeita à validade divergente, foi encontrada uma correlação mais baixa com o CDI (Fontinho & Salvador, em preparação).

Finalmente, no que respeita à **Escala de Consciência de Si Próprio** (Self-Consciousness Scale - SCS; Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975), esta foi desenvolvida para avaliar as tendências disposicionais para focar a atenção sobre o *self*, referida como autoconsciência (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975). A estrutura fatorial da SCS compreende três fatores: (1) a autoconsciência privada, referente à consciência dos seus próprios pensamentos e sentimentos; (2) a autoconsciência pública, referente a uma consciência geral do sujeito como objeto social; (3) a ansiedade social, cuja avaliação incide no desconforto que é sentido na presença de outros. Neste instrumento, foi encontrado uma associação muito baixa entre a subescala autoconsciência privada e a subescala autoconsciência pública (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975).

Alguns estudos realizados com este instrumento de avaliação demonstraram que a autoconsciência pública está mais relacionada com a

ansiedade social do que a autoconsciência privada (Buss, 1980; Fenigstein, 1979; Scheenker & Leary, 1982).

É, no entanto, importante referir que a SCS não se encontra validada para a população portuguesa, não sendo por isso utilizada nos estudos desta dissertação.

### 1.6. Síntese

Atendendo ao impacto negativo que a fobia social pode ter em diversas áreas de funcionamento de um adolescente, e, posteriormente, quando adulto (nomeadamente nos contextos social, familiar, profissional, ocupacional, entre outros) facilmente se compreende que a identificação e a intervenção precoce junto destes indivíduos podem mudar favoravelmente o percurso da perturbação e melhorar substancialmente a sua qualidade de vida. Assim, é fundamental uma avaliação detalhada e compreensível da fobia social e dos constructos relacionados, como a atenção auto focada, uma vez que a revisão da literatura demonstra que, não sendo o único fator contributivo, este fator cognitivo tem influência na exacerbação e manutenção deste quadro clínico, devendo, por isso, ser alvo de uma intervenção específica.

Neste sentido, é de extrema importância o desenvolvimento de instrumentos precisos aferidos para a população adolescente portuguesa, e que sejam de rápido preenchimento, assim como a realização de estudos acerca deste constructo na população portuguesa, por forma a direcionar a intervenção psicológica realizada. Não obstante a importância deste aspeto, é importante referir que, do nosso conhecimento, em Portugal não existe qualquer medida que avalie este fator cognitivo em situações sociais, nem em crianças/adolescentes, nem em adultos.

Sendo assim, os objetivos dos dois estudos desta dissertação prendem-se, não só com a adaptação de um instrumento de avaliação da Atenção Auto Focada, mas também com a realização de estudos exploratórios acerca da influência deste fator cognitivo na fobia social.

## II. Objetivos e Hipóteses

### 2.1. Estudo I: Estudo da dimensionalidade e das características psicométricas da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) para adolescentes

Pretendeu-se no primeiro estudo traduzir e adaptar a SFA (Bögels, Alberts, & De Jong, 1996), bem como estudar a sua estrutura dimensional, analisar as suas características psicométricas e elaborar os dados normativos para a população adolescente portuguesa. O estudo deste instrumento tornou-se também imprescindível para a realização do segundo estudo uma vez que foi necessária a utilização de um instrumento validado para a população adolescente portuguesa que permitisse a operacionalização da atenção auto focada.

Para este primeiro estudo não foram colocadas hipóteses específicas, sendo que os objetivos específicos estabelecidos consistiram em analisar o comportamento psicométrico da SFA para adolescentes, a partir do *estudo dos itens* que a constituem, averiguando depois se estes se agrupam em

fatores ou se traduzem uma escala unidimensional através da *análise fatorial exploratória* deste instrumento. Pretendeu-se ainda averiguar a *fidelidade* da escala através da análise da sua consistência interna e estabilidade temporal, assim como a sua *validade convergente e divergente* através da comparação com outros instrumentos. Por fim, perspetivou-se também a elaboração dos *dados normativos* para a SFA para adolescentes da população portuguesa.

## 2.2. Estudo II: Estudo exploratório da relação entre Fobia Social e Atenção Auto Focada na adolescência

Pretendeu-se, neste estudo, explorar, numa população adolescente, a relação entre a atenção auto focada, a fobia social e alguns constructos diretamente relacionados, bem como explorar diferenças ao nível da atenção auto focada entre um grupo de sujeitos com fobia social, um grupo de sujeitos com outras perturbações de ansiedade e também um grupo de sujeitos sem qualquer psicopatologia.

Tendo por base este objetivo principal, e atendendo à revisão da literatura anteriormente descrita no **Enquadramento Conceptual**, foram propostos os seguintes objetivos específicos e as seguintes hipóteses:

**1.** Explorar as diferenças *Da direção do focus de atenção*, num grupo de sujeitos com *Fobia Social Generalizada*, um grupo de sujeitos com *outras perturbações de ansiedade* (que não Fobia Social) e um grupo de sujeitos *sem psicopatologia*.

**H1:** Os adolescentes com fobia social generalizada tenderão a apresentar níveis mais elevados de atenção auto focada comparativamente quer a adolescentes com outras perturbações de ansiedade, quer a adolescentes sem psicopatologia;

**H2:** Os adolescentes com fobia social generalizada tenderão a apresentar níveis mais baixos de atenção focada no outro e no ambiente comparativamente aos adolescentes com outras perturbações de ansiedade ou sem psicopatologia.

**2.** No grupo de sujeitos com fobia social generalizada, analisar, através de *estudos correlacionais*, a relação entre *fobia social* e outros constructos diretamente relacionados, nomeadamente *ativação fisiológica*, *pensamentos automáticos*, *comportamentos de segurança* e *focus de atenção* com a *atenção auto focada*, colocando as seguintes hipóteses:

**H3:** Relação positiva e significativa entre medidas de ansiedade social e atenção auto focada, isto é, níveis mais elevados de atenção auto focada estarão relacionados com níveis mais elevados de ansiedade social;

**H4:** Relação positiva e significativa entre ativação fisiológica e atenção auto focada, isto é, quanto maior a perceção de ativação fisiológica, maior a atenção auto focada;

**H5:** Relação positiva e significativa entre a frequência de pensamentos automáticos e atenção auto focada, isto é, quanto maior a frequência de pensamentos automáticos, maior a atenção auto focada;

**H6:** Relação positiva e significativa entre recorrência a comportamentos de segurança e atenção auto focada, isto é, maior recorrência a comportamentos de segurança estará relacionado com maior atenção auto focada;

**H7:** Relação negativa e significativa entre atenção auto focada e atenção focada nos outros e no ambiente externo, isto é, níveis mais elevados de atenção auto focada estarão relacionados com níveis mais baixos de atenção focada nos outros e no ambiente externo.

**3.** Averiguar o *contributo da atenção auto focada na predição da fobia social*, tendo em conta a relação entre alguns componentes do modelo de Clark e Wells (1995), nomeadamente os pensamentos automáticos, a ativação fisiológica e os comportamentos de segurança, hipotetizando que:

**H8:** A ativação fisiológica, pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança constituir-se-ão como preditores significativos da atenção auto focada;

**H9:** Embora a ativação fisiológica, os pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança possam ser variáveis preditoras da fobia social, a atenção auto focada será ainda um preditor significativo da ansiedade social.

### **III. Estudo I: Estudo da dimensionalidade e das características psicométricas da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) para adolescentes**

#### **3.1. Metodologia**

##### **3.1.1. Caracterização da Amostra**

Para a concretização dos objetivos supracitados foi realizado um estudo transversal que procurou avaliar uma amostra da população geral constituída por estudantes adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, de diversas escolas da zona centro do país.

Foram definidos como critérios de exclusão dos participantes neste estudo: (a) idade inferior a 14 e superior a 18 anos; (b) preenchimento incompleto dos instrumentos aplicados e (c) evidência de dificuldades de compreensão que prejudicassem o correto preenchimento dos questionários.

No Quadro 1, é apresentada a amostra da população geral no que respeita às variáveis género, idade e anos de escolaridade.

A amostra final ficou constituída por 260 sujeitos, sendo 103 do sexo masculino (39.6%) e 157 do sexo feminino (60.4%).

A média de idades do total da amostra foi de 15.61 (DP=1.18), tendo existido uma diferença estatisticamente significativa entre o género feminino e masculino ao nível da distribuição deste variável ( $t_{(258)} = -2.095$ ;  $p = .037$ ). Relativamente à distribuição por idades, destacou-se o menor número de sujeitos com 18 anos, que constituiu apenas 7.8% da amostra, e o maior número de adolescentes com 15 e 17 anos que representaram 55.4% da amostra.

Em termos de escolaridade os sujeitos distribuíram-se entre o 9º e o 12º ano (M=10.15; DP=1.04), sendo que foram encontradas diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino ao nível da distribuição desta variável ( $t_{(258)} = -2.959$ ;  $p = .003$ ). No que concerne à distribuição por anos de escolaridade, esta foi relativamente uniforme, à exceção do 11º ano de escolaridade que constituiu apenas 11.7% do total da amostra. O 10º ano de escolaridade foi o mais prevalente, tendo constituído 34% da amostra.

**Quadro 1.** Características demográficas da amostra da população geral: género, idade e anos de escolaridade (N=260), testes T-Student para análise das diferenças

	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
<b>Género</b>	103	39.6	157	60.4	260	100		
<b>Idade</b>								
<b>14</b>	18	17.5	34	21.7	52	20.0		
<b>15</b>	29	28.2	50	31.8	79	30.4		
<b>16</b>	20	19.4	45	28.7	65	25.0		
<b>17</b>	28	27.2	19	12.1	47	18.1		
<b>18</b>	8	7.8	9	5.7	17	6.5		
<b>Escolaridade</b>								
<b>9º</b>	28	27.2	52	33.1	80	30.8		
<b>10º</b>	35	34.0	70	44.6	105	40.4		
<b>11º</b>	12	11.7	20	12.7	32	12.3		
<b>12º</b>	28	27.2	15	9.6	43	16.5		
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>	15.80	1.24	15.48	1.13	15.61	1.18	-2.095	.037
<b>Escolaridade</b>	10.39	1.16	9.99	.92	10.15	1.04	-2.959	.003

### 3.1.2. Instrumentos de avaliação<sup>1</sup>

O protocolo de investigação<sup>2</sup> utilizado neste estudo consistiu num conjunto de instrumentos de autorresposta que, para além do questionário em estudo, incluiu outros instrumentos que visavam a avaliação do focus de atenção interno e externo, da ansiedade social, da ansiedade manifesta e da sintomatologia depressiva em adolescentes, e ainda um questionário de dados sociodemográficos.

De seguida, proceder-se-á à descrição dos instrumentos de medida utilizados. Uma vez que a Escala de Atenção Auto Focada e o Questionário do Focus de Atenção foram já descritos no tópico 1.5 do Enquadramento Conceptual, far-se-á apenas uma breve descrição dos mesmos.

A **Escala de Atenção Auto Focada** – SFA: *Self-focused Attention Scale* (Bögels, Alberts, & De Jong, 1996), avalia a atenção auto focada numa situação social. Na sua versão original, os 11 itens que a compõem integram-se em dois fatores: um fator que avalia a atenção focada no comportamento do próprio sujeito, e outro fator que avalia a atenção focada na ativação fisiológica do próprio sujeito. Na versão original, o *alpha de Cronbach* para o total foi de .88, e para os fatores atenção focada na ativação fisiológica e no comportamento foi, respetivamente, de .86 e .78.

O **Questionário do Focus de Atenção** – FAQ: *Focus of Attention Questionnaire* (Woody, Chambless, & Glass, 1997; versão portuguesa: Fontinho & Salvador, 2012) avalia o focus de atenção numa situação social.

<sup>1</sup> Consideramos como valores de referência, neste estudo, os índices de consistência interna apresentados por Pestana e Gageiro (2003), que sugerem que um *alpha de Cronbach* de valor inferior a .60 é inadmissível, entre .60 e .70 é fraco, entre .70 e .80 é razoável, entre .80 e .90 é bom e entre .90 e 1 é muito bom.

<sup>2</sup> Por questões éticas e legais relacionadas com os direitos de autor, serão apresentados em anexo apenas alguns itens de cada instrumento utilizado no presente estudo (cf. Anexo 6).

Na sua versão original, os 10 itens que a compõem distribuem-se por dois fatores: um fator que avalia a atenção auto focada, e outro fator que avalia a atenção focada nos outros intervenientes e no ambiente da situação social. A versão portuguesa manteve a mesma estrutura fatorial e a mesma distribuição dos itens. Tanto na versão original como na versão portuguesa, a consistência interna foi considerada razoável (cf. Ponto 5 do Enquadramento Teórico). Apresentou, para a presente amostra, uma consistência interna razoável para a um subescala de atenção focada nos outros de (*alpha de Cronbach* de .76), e uma consistência interna boa para a subescala atenção auto focada (*alpha de Cronbach* de .81).

**A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes** – EAESSA; Cunha, Pinto Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004) é composta por 34 itens que relatam situações sociais e que compõem duas subescalas: a subescala de desconforto/ansiedade e a subescala de evitamento. Ambas as subescalas são constituídas por 6 fatores: (1) interação em situações novas; (2) interação com o sexo oposto; (3) desempenho em situações formais; (4) interação auto afirmativa; (5) ser observado pelos outros; (6) comer e beber em público (Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004).

A escala de resposta é uma escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a *nada ansioso/nunca evito* e 5 corresponde a *muitíssimo ansioso/evito quase sempre*. Quanto maior o resultado, maior a ansiedade social medida pelo grau de desconforto/ansiedade e evitamento manifestado nas situações sociais assinaladas. É possível obter uma pontuação total e pontuações individuais para cada uma das subescalas referidas.

A escala apresenta valores elevados de consistência interna para ambas as subescalas ( $\alpha=.91$  para a subescala desconforto/ansiedade e  $\alpha=.87$  para a subescala evitamento) e uma estabilidade temporal moderada. A EAESSA possui também uma boa validade convergente e divergente (Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004).

A EAESSA revelou possuir boa capacidade diagnóstica para detetar adolescentes com fobia social e distinguir adolescentes com fobia social de adolescentes com outras perturbações ou sem psicopatologia (Cunha, 2005), e apresenta resultados decorrentes do tratamento (Salvador, 2009).

Neste estudo, esta mesma escala apresenta muito boa consistência interna, tanto para a subescala evitamento (*alpha de Cronbach* de .93), como para a subescala de desconforto/ansiedade (*alpha de Cronbach* de .95).

**A Escala de Ansiedade Social para adolescentes** – SAS-A: *Social Anxiety Scale for Adolescents* (La Greca & Lopez, 1998; versão portuguesa: Cunha, Pinto Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004) pretende avaliar as experiências de ansiedade social e o medo da avaliação negativa dos adolescentes no contexto das relações com o pares. É composta por 22 itens, em que 18 traduzem o medo de avaliação negativa, desconforto e evitamento social, e os restantes 4 são itens neutros ou *filler itens*, que avaliam as preferências sociais e atividades, tal como o gosto pela prática desportiva, e tem como objetivo reduzir o enviesamento das respostas resultante de uma eventual avaliação negativa dos sujeitos. Os itens neutros não são contabilizados no resultado total, e os restantes dividem-se por três

subescalas: a FNE (medo da avaliação negativa), a SAD-*New* (desconforto e evitamento social em situações novas) e a SAD-*General* (desconforto e evitamento social generalizado) (Cunha, Pinto Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004). A escala de resposta é do tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1=*de forma nenhuma* e 5=*todas as vezes*.

Na sua versão original a SAS-A apresenta uma boa consistência interna (*alpha de Cronbach* de .91, .83 e .76 respetivamente para as subescalas FNE, SAD-*New* e SAD-*General*), boa validade concorrente (La Greca & Lopez, 1998) e boa fidelidade teste-reteste (La Greca, 1998).

A sua versão portuguesa possui uma estrutura fatorial semelhante à da versão americana, apresentando igualmente uma boa consistência interna para as subescalas FNE, SAD-*New* e SAD-*General* (*alpha de Cronbach* de .87, .74 e .71, respetivamente), bem como para o resultado total (*alpha de Cronbach* .88). Apresenta ainda uma estabilidade temporal aceitável, uma validade convergente satisfatória e boa validade divergente. A autora indica que um ponto de corte de 55 permite uma boa classificação de jovens, com ou sem fobia social, numa amostra da comunidade (Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004), sendo sensível a mudanças decorrentes do tratamento (Salvador, 2009).

No presente estudo a SAS-A apresenta muito boa consistência interna para o total (*alpha de Cronbach* de .93).

**A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC:** *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997; versão portuguesa: Matos, Salvador, Cherpe, & Oliveira, 2012) pretende avaliar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. É composta por 39 itens, avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos (1=*Nunca ou quase nunca verdadeiro* e 4=*Frequentemente verdadeiro*) que avalia a frequência com que o sujeito experiencia cada situação descrita. É composta por quatro fatores, dos quais três apresentam dois subfactores: (1) sintomas físicos, que inclui os subfactores tensão/impaciência e queixas somáticas/autónomicas; (2) ansiedade social, que inclui os subfactores humilhação/rejeição e desempenho em público; (3) ansiedade de separação e (4) evitamento do perigo, que inclui os subfactores perfeccionismo e *coping* ansioso (Matos, Salvador, Cherpe, & Oliveira, 2012).

A versão original da escala apresenta um bom nível de consistência interna para o resultado total (*alpha de Cronbach* de .90), sendo que os *alphas de Cronbach* variaram entre .74 e .85 para os fatores e entre .62 e .82 para os subfactores (March Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997).

Na sua versão portuguesa, a análise fatorial confirmatória do modelo dos 4 fatores apresentou bons índices de ajustamento, uma vez que estes foram conseguidos quando se incluiu um fator de 3ª ordem designado sintomatologia ansiosa. Foi encontrado um *alpha de Cronbach* de .89 para o total da escala e os *alphas de Cronbach* para os fatores variaram entre .70 e .85 e para os subfactores variaram entre .54 e .86. A escala apresentou ainda uma boa estabilidade temporal e uma boa validade convergente e divergente (Matos, Salvador, Cherpe & Oliveira, 2012).

No presente estudo, esta mesma escala apresentou uma consistência muito boa para o total da escala (*alpha de Cronbach* de .91), uma consistência interna razoável para os fatores evitamento do perigo e ansiedade de separação (*alpha de Cronbach* de .71 e de .73, respetivamente) e uma consistência interna boa para os fatores sintomas físicos e ansiedade social (*alpha de Cronbach* de .86 e .88, respetivamente).

**O Inventário de Depressão para crianças** – CDI: *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994) foi elaborado com base no Inventário de Depressão de Beck (BDI). Após o estudo de validação realizado por Kovacs (1985) numa amostra canadiana, o CDI ficou constituído por 27 itens, distribuídos por 5 subescalas: (1) Humor negativo; (2) Problemas interpessoais; (3) Ineficácia; (4) Anedonia e (5) Autoestima negativa.

Cada item apresenta três possibilidades de resposta, que traduzem um gradiente de severidade, e que vai desde 0 (*ausência de problema*) a 2 (*problema grave*), sendo que a resposta deve ser a possibilidade que melhor se adequa aos sentimentos que o sujeito experienciou nas duas semanas anteriores ao seu preenchimento. A pontuação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, pelo que quanto maior a cotação, maior a gravidade dos sintomas depressivos (Kovacs, 1985).

Na sua versão original, o CDI apresenta uma boa consistência interna (*alpha de Cronbach* varia entre .70 e .86) e uma fidelidade temporal aceitável (Smucker, Craighead, & Green, 1986).

A versão portuguesa do CDI (Marujo, 1994) e um estudo posterior de Dias e Gonçalves (1999) revelaram uma boa precisão, apresentando uma boa consistência interna (*alpha de Cronbach* de .80 e .84, respetivamente). Contudo, a estrutura de 5 fatores da escala original não foi replicada, evidenciando, em ambos os estudos portugueses, uma estrutura unifatorial.

No presente estudo, o CDI apresentou uma boa consistência interna (*alpha de Cronbach* de .83).

### 3.1.3. Procedimentos de investigação

A realização deste primeiro estudo ocorreu em diversas fases. Num primeiro momento foi requerida autorização aos conselhos executivos de diversas escolas do ensino básico (9º ano) e secundário (10º, 11º e 12º anos) de instituições públicas e privadas do país (cf. Anexo 1). Das 14 escolas contactadas 7 delas mostraram-se disponíveis para que a recolha fosse aí realizada. Posto isto, foram entregues autorizações aos encarregados de educação (cf. Anexo 2) e consentimentos informados aos alunos participantes (cf. Anexo 3), com indicação de todas as informações necessárias para a investigação decorrer em conformidade, nomeadamente o carácter voluntário da participação dos adolescentes e a utilização das informações recolhidas apenas para fins de investigação científica.

Simultaneamente a este procedimento foi efetuada a tradução e fraseamento dos itens para a população adolescente portuguesa a partir da versão inglesa do SFA. Com o intuito de testar a compreensibilidade e adequação da tradução e identificar eventuais dúvidas relativas ao significado ou interpretação dos mesmos, o questionário foi administrado a

30 adolescentes da população geral. Estes sujeitos demonstraram uma boa compreensão das instruções e conteúdo dos itens do questionário, pelo que não se procedeu a qualquer alteração dos mesmos.

Posteriormente, em contexto de sala de aula, após a explicação dos objetivos do estudo aos adolescentes, foi administrado, em grupo, o protocolo de investigação que, além da já referida bateria de instrumentos, incluía ainda uma folha de rosto onde constava uma breve explicação dos objetivos do estudo (cf. Anexo 4) e uma ficha de recolha de dados demográficos (cf. Anexo 5). O preenchimento do protocolo de investigação demorava cerca de 30 minutos. Para controlar possíveis contaminações das respostas dos adolescentes de uns questionários para os outros, a ordem dos questionários foi balanceada.

Com o intuito de averiguar a estabilidade temporal foi realizada uma segunda passagem da SFA a 145 sujeitos da amostra já recolhida, entre 5 a 6 semanas após a primeira administração.

Após a recolha de dados procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-versão 20.0) para o Windows. Os procedimentos estatísticos utilizados estão descritos no início de cada um dos pontos referentes à descrição dos resultados.

## 3.2. Resultados

### 3.2.1. Estrutura Fatorial

Os 11 itens que constituem a SFA foram submetidos a uma análise fatorial exploratória em componentes principais, seguida de rotação *varimax*.

Para a medida Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)<sup>3</sup> foi encontrado um valor de .898, resultado que revela uma boa adequação da amostragem a uma análise de componentes principais, assegurando assim a sua realização, bem como, foi significativo o teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2=1594.245$ ,  $p<.001$ ), demonstrando que a matriz de intercorrelações é significativamente diferente de uma matriz de identidade.

A solução inicial para a SFA permitiu extrair 2 fatores com *eigenvalues* superiores a 1 que explicaram 64.5% da variância total. Tendo em conta o sugerido por Stevens (1992) para a determinação e interpretação da composição dos fatores, que refere uma saturação fatorial mínima de .298, não foi necessário retirar nenhum sujeito.

Contudo, ao comparar a distribuição dos itens pelos dois fatores constatou-se que esta não era congruente com a encontrada na versão original da SFA, diferindo a distribuição do item 5 (“(...) se consigo controlar a minha respiração”). Este, ao contrário da versão original onde pertencia ao fator focus de atenção na ativação fisiológica, pontuou aqui no fator focus de atenção no comportamento.

Não obstante esta diferença, verificou-se que os constructos teóricos subjacentes à SFA e os pressupostos sugeridos pela autora, assim como a

<sup>3</sup> Na interpretação dos resultados obtidos através do teste de KMO utilizou-se o convencionalizado por Kaiser (1974) que sugere que a adequação da amostra a uma análise em componentes principais é inaceitável sempre que o valor do teste KMO é inferior a .50; má entre .50 e .60; razoável entre .60 e .70; média entre .70 e .80; boa entre .80 e .90; e muito boa entre .90 e 1.

própria formulação do item (uma vez que o item 5 se enquadra melhor na avaliação do focus na ativação fisiológica), justificaram que este se mantivesse no fator correspondente ao encontrado na versão original da SFA. Como os dois fatores encontrados corresponderam aos propostos pelos autores, mantiveram-se as mesmas designações: 1) Atenção focada no comportamento (do próprio sujeito) [SFA*comportamento*], composto pelos itens 3,4,6,7 e 9, e responsável por 34% da variância; e 2) Atenção focada na ativação fisiológica (do próprio sujeito) [SFA*ativação*], composto pelos itens 1,2,5,8,10 e 11, e responsável por 30.5% da variância.

No Quadro 2 é apresentada a solução fatorial ajustada dos dois fatores e respectivas saturações dos itens que o compõem.

**Quadro 2.** Solução de dois fatores – constituição de cada fator e respectivas saturações dos itens que os compõem

Itens	Carga Fatorial	
(Quando me sinto nervoso na presença de outras pessoas, estou constantemente a avaliar...)		
<b>Fator 1</b>		
7. se compreendo o que os outros estão a dizer	.81	.14
9. se me comporto adequadamente	.80	.24
4. se consigo expressar-me/falar fluentemente	.76	.27
3. se sou suficientemente competente/bom em termos sociais	.76	.24
6. se a minha participação na conversa é boa	.75	.34
5. se consigo controlar a minha respiração	.60	.31
<b>Fator 2</b>		
10. se me comporto de forma tensa/nervosa	.34	.80
8. se pareço tenso(a)/nervoso(a)	.37	.79
1. quão tenso(a)/nervoso(a) me sinto	.22	.79
2. se o meu coração está acelerado	.16	.75
11. se coroo, tremo ou transpiro	.23	.69

O estudo das correlações através do cálculo da correlação de *Pearson* entre os dois fatores, e entre cada um deles com o total da escala, mostrou que as dimensões fatoriais que constituem a SFA estão positiva e significativamente correlacionadas. A correlação entre os dois fatores constituiu-se como uma correlação moderada ( $r=.66$ ;  $p<.01$ ). Relativamente às correlações com o total da escala, estas constituíram-se como correlações muito altas, sendo que com o fator SFA*comportamento* apresentou um valor de correlação de .90 ( $p<.01$ ), e com o fator SFA*ativação* apresentou um valor de correlação de .92 ( $p<.01$ ).

### 3.2.2. Estudo dos itens da Escala

Para efeitos de análise dos itens da SFA para adolescentes calcularam-se as médias, desvio-padrão e correlações item-total para cada item, *alpha de Cronbach*<sup>4</sup> se o item for removido e correlação teste-reteste de cada item deste instrumento (cf. Quadro 3).

**Quadro 3.** Médias, desvios-padrão, correlação item-total, alpha de Cronbach se o item for removido e correlação teste-reteste para cada item e para o total

	M	DP	Item- total r	α se o item for removido	Teste- reteste (N=145)
(Quando me sinto nervoso na presença de outras pessoas, estou constantemente a avaliar...)					
1. quão tenso(a)/nervoso(a) me sinto	1.32	1.05	.62	.899	.52**
2. se o meu coração está acelerado	1.26	1.12	.55	.902	.67**
3. se sou suficientemente competente/bom em termos sociais	1.68	1.18	.65	.897	.47**
4. se consigo expressar-me/falar fluentemente	1.99	1.20	.68	.895	.36**
5. se consigo controlar a minha respiração	1.08	1.32	.58	.901	.34**
6. se a minha participação na conversa é boa	2.05	1.26	.72	.893	.39**
7. se compreendo o que os outros estão a dizer	2.10	1.33	.62	.899	.48**
8. se pareço tenso(a)/nervoso(a)	1.53	1.30	.75	.892	.52**
9. se me comporto adequadamente	2.13	1.37	.69	.895	.51**
10. se me comporto de forma tensa/nervosa	1.52	1.28	.72	.893	.46**
11. se coroo, tremo ou transpiro	1.61	1.36	.56	.902	.55**
<b>Total</b>	18.27	9.91	-	.906	.65**

\*\* p < .01

Os resultados obtidos revelaram que os 11 itens possuem correlações item-total iguais ou superiores a .50<sup>5</sup>. Oito dos 11 itens apresentaram uma

<sup>4</sup> As consistências internas neste estudo foram avaliadas segundo a classificação de Pestana e Gageiro (2003), que consideram que um *alpha de Cronbach* de valor inferior a .60 é inadmissível, entre .60 e .70 é fraco, entre .70 e .80 é razoável, entre .80 e .90 é bom e entre .90 e 1 é muito bom.

<sup>5</sup> Segundo Almeida & Freire (2008), um coeficiente de correlação item-total não inferior a .20 tende a ser exigido. Kline (2000) adota um critério mais exigente ao sugerir que os itens devem ser selecionados quando apresentam uma correlação com o total superior a .30. Nesta dissertação, serão tidos como referência para o estudo da correlação item-total aqueles indicados por Kline (2008).

correlação moderada<sup>6</sup> com o total (itens 1,2,3,4,5,7,9 e 11), sendo que os itens 6 (“(...) se a minha participação na conversa é boa”), 8 (“(...) se pareço tenso(a)/nervoso(a)”) e 10 (“(...) se me comporto de forma tensa/nervosa”) apresentaram uma correlação alta com o total.

Relativamente ao *alpha de Cronbach* se o item for removido, salienta-se que não existia vantagem em retirar qualquer item uma vez que a sua remoção não aumentava o valor da consistência interna do instrumento. Observou-se ainda que a análise de correlações teste-reteste revelou que todos os pares de itens apresentaram coeficientes de correlação teste-reteste significativos. A maioria dos coeficientes de correlação teste-reteste apresentaram uma correlação moderada, à exceção dos itens 4 (“(...) se consigo expressar-me/falar fluentemente”), 5 (“(...) se consigo controlar a minha respiração”) e 6 (“(...) se a minha participação na conversa é boa”), que apresentaram uma correlação baixa ( $r=.36$ ,  $r=.34$  e  $r=.39$ , respetivamente).

### 3.2.3. Fidelidade da Escala

#### 3.2.3.1. Consistência Interna

A consistência interna para a totalidade dos itens da SFA e para os fatores que a compõem foi analisada através do cálculo do *alpha de Cronbach*. Para a totalidade dos itens da SFA foi encontrado um valor de *alpha de Cronbach* de .91, sendo considerado muito bom. Relativamente aos fatores da SFA, foram encontrados valores de consistência interna considerados bons (*alpha de Cronbach* de .88 para o SFAcomportamento e de .86 para o SFAativação). A fim de confirmar estes valores foi calculada a consistência interna da SFA e de cada um dos fatores que a compõem numa outra amostra constituída por 339 adolescentes (61.1% raparigas), com idades também compreendidas entre os 14 e os 18 anos, sendo que o valor do *alpha de Cronbach* obtido para o total da escala foi de .90, para o SFAcomportamento foi de .86, e, finalmente, para o SFAativação foi de .83. Posto isto, no seu conjunto, estes dados sustentaram o elevado índice de consistência interna da SFA.

#### 3.2.3.2. Estabilidade Temporal

Com o intuito de avaliar a estabilidade temporal do questionário em estudo, entre 5 a 6 semanas após a primeira administração, a SFA foi novamente preenchida por 145 sujeitos (66 rapazes e 79 raparigas com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos). O estudo da estabilidade temporal foi efetuada através da correlação de *Pearson*. O coeficiente teste-reteste para o total da escala foi de .65 ( $p<.01$ ). Já no que se refere aos fatores, o coeficiente teste-reteste para o fator SFAcomportamento foi de .57 ( $p<.01$ ), e para o fator SFAativação foi de .65 ( $p<.01$ ). Uma vez que estes valores se situaram entre .40 e .69, tal sugere que este instrumento apresenta uma estabilidade temporal total e por fatores moderada.

<sup>6</sup> Na avaliação da magnitude das correlações são considerados como valores de referência, ao longo deste estudo, os valores apontados por Pestana e Gageiro (2003), 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 elevada e, superior a .90 uma associação muito elevada.

### 3.2.4. Validade

#### 3.2.4.1. Validade convergente

A validade convergente da SFA e dos fatores que a compõem foi estudada através da sua correlação com o fator Atenção Auto Focada do Questionário do Focus de Atenção (FAQ<sub>self</sub>) e com medidas de ansiedade social, como o total da subescala Desconforto/Ansiedade da Escala de Ansiedade/Desconforto e Evitamento de Situações Sociais para adolescentes (EAESSA), o total da Escala de Ansiedade Social para adolescentes (SAS-A) e, finalmente, os fatores Sintomas Físicos (Fator 1) e Ansiedade Social (Fator 2) da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC). As correlações obtidas entre os instrumentos referidos estão representadas no Quadro 4.

**Quadro 4.** Correlações entre o total e os fatores da SFA, outra medida de auto focus (FAQ<sub>self</sub>) e as medidas de ansiedade social (subescala de ansiedade da EAESSA, SAS-A e fatores ansiedade social e sintomas físicos da MASC)

		SFA		
		Total	Comportamento	Ativação
<b>FAQ</b>	<b>Self</b>	.66**	.54**	.65**
<b>EAESSA</b>	<b>Ansiedade/Desconforto</b>	.49**	.38**	.52**
<b>SAS-A</b>	<b>Total</b>	.45**	.35**	.47**
<b>MASC</b>	<b>Ansiedade Social</b>	.47**	.41**	.45**
	<b>Sintomas Físicos</b>	.46**	.32**	.51**

**Nota:** FAQ<sub>self</sub> = fator atenção auto focada do FAQ; EAESSA Ansiedade/Desconforto= Subescala Ansiedade/Desconforto da EAESSA; SAS-A= Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; MASC Ansiedade Social= Fator Ansiedade Social da MASC; MASC Sintomas Físicos= Fator Sintomas Físicos da MASC.

\*\* p < .01

A utilização da subescala Auto Focus do FAQ deveu-se ao facto de, teoricamente, medir a mesma dimensão que o SFA. No que concerne à escolha da subescala Ansiedade da EAESSA, SAS-A e fator Ansiedade Social da MASC, estas medidas foram escolhidas por serem medidas de ansiedade de ansiedade social geral com as quais a SFA poderia ter correlações significativas por medir um constructo relacionado com a ansiedade social. Relativamente ao fator Sintomas Físicos da MASC, apesar de este integrar uma escala que avalia a ansiedade manifesta, serviu o propósito de fazer validade convergente com o fator SFAativação da SFA, não só porque, aparentemente, se esperaria que estes dois fatores estivessem relacionados, como também, pelo facto de este fator representar os sintomas vegetativos que se constituem como um dos componentes da experiência de ansiedade (incluindo a ansiedade social) que estão presentes em qualquer situação ansiógena.

A análise dos coeficientes de correlação, mostrou que estes variaram entre .32 e .66, ou seja, correlações baixas a moderadas, todas positivas e estatisticamente significativas ao nível de .01.

O total da SFA revelou correlações mais elevadas com o fator FAQ<sub>self</sub> e com a subescala de Ansiedade/Desconforto da EAESSA ( $r=.66$  e  $.49$ , respetivamente). Relativamente aos fatores da SFA, destacou-se, em primeiro lugar, as correlações sempre mais elevadas entre o fator

SFAativação com todas as variáveis, comparativamente às correlações entre as mesmas variáveis e o fator SFAcomportamento. Para além disso, o fator SFAcomportamento revelou correlações mais elevadas com o fator *FAQself* e com o fator ansiedade social da MASC ( $r=.54$  e  $.41$ , respetivamente), e o fator SFAativação revelou correlações mais elevadas com o fator *FAQself*, com a subescala Ansiedade/Desconforto da EAESSA e com o fator Sintomas Físicos da MASC ( $r=.65$ ,  $.52$  e  $.51$ , respetivamente).

### 3.2.4.2. Validade divergente

No que concerne à validade divergente da SFA e dos fatores que a compõem, esta foi estudada através da sua correlação com o fator *FAQexterno* do Questionário do Focus de Atenção, com os fatores Ansiedade de Separação (Fator 3) e Evitamento do Perigo (Fator 4) da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC), bem como com o Inventário de Depressão para Crianças (CDI).

A escolha do fator *FAQexterno* deveu-se ao pressuposto de, numa situação social, a atenção auto focada ser elevada e, conseqüentemente, a atenção prestada aos outros e às pistas do ambiente externo ser diminuída. A escolha das restantes medidas deveu-se ao facto das mesmas serem usadas para avaliar constructos como a ansiedade de separação, o evitamento do perigo e a sintomatologia depressiva, que são constructos distintos dos constructos avaliados pela SFA. As correlações obtidas entre os instrumentos referidos estão representadas no Quadro 5.

**Quadro 5.** Correlações entre o total e os fatores da SFA e as medidas de atenção focada nos outros e no ambiente externo (*FAQexterno*), de ansiedade de separação e evitamento do perigo (MASC) e de sintomatologia depressiva (CDI)

		SFA		
		Total	Comportamento	Ativação
<b>FAQ</b>	<b>Externo</b>	.58**	.53**	.53**
<b>MASC</b>	<b>Ansiedade de Separação</b>	.34**	.27**	.34**
	<b>Evitamento do Perigo</b>	.27**	.28**	.21**
<b>CDI</b>		.40**	.23**	.44**

**Nota:** *FAQexterno*= fator atenção focada nos outros e no ambiente externo do *FAQ*; MASC Ansiedade de Separação= Fator Ansiedade de Separação da MASC; MASC Evitamento do Perigo= Fator Evitamento do Perigo MASC; CDI= Inventário de Depressão para Crianças.

\*\*  $p < .01$

A análise dos coeficientes de correlação, mostrou que estes variaram entre  $.21$  e  $.58$ , ou seja, correlações baixas a moderadas, todas positivas e estatisticamente significativas ao nível de  $.01$ .

O total da SFA e o fator SFAativação revelaram correlações mais baixas com o fator evitamento do perigo da MASC ( $r=.27$  e  $.21$ , respetivamente). Já o fator SFAcomportamento revelou correlações mais baixas com o CDI ( $r=.23$ ).

### 3.2.5. Dados normativos da SFA para adolescentes

No Quadro 6 apresentam-se as médias e desvios-padrão para o total da SFA e para os dois fatores que a compõem, separadamente para rapazes e raparigas, para cada nível etário, ano de escolaridade, e na amostra global.

Para estudar a influência das variáveis género, idade e ano de escolaridade sobre os fatores e o total da SFA procedeu-se à análise univariada da variância (*One-Way ANOVA*).

Os resultados de diversas análises de variância revelaram um efeito estatisticamente significativo do género apenas em relação ao fator SFAativação ( $F_{(1,258)} = .696$ ;  $p = .044$ ), obtendo as raparigas valores mais elevados que os rapazes.

No que concerne aos resultados obtidos em função da idade e do ano de escolaridade, não se registaram diferenças estatisticamente significativas, nem para o total da escala, nem para os fatores que a compõem.

**Quadro 6.** Médias e desvios-padrão da pontuação do total e subescalas da SFA para a amostra total e por género, idade e escolaridade. ANOVA's para análise das diferenças

	N	Subescalas da SFA					
		SFA Total		Comportamento		Ativação	
		M	DP	M	DP	M	DP
<b>Total</b>	260	18.27	9.91	9.96	5.21	8.31	5.69
<b>Género</b>							
<b>Masculino</b>	103	17.50	9.30	10.06	5.03	7.44	5.46
<b>Feminino</b>	157	18.78	10.29	9.89	5.34	8.89	5.78
<b>F</b>		2.421		1.576		.696*	
<b>Idade</b>							
<b>14</b>	52	19.35	9.38	10.44	5.05	8.90	5.43
<b>15</b>	79	17.95	10.10	9.75	5.22	8.20	5.98
<b>16</b>	65	18.17	9.20	10.05	4.92	8.12	5.22
<b>17</b>	47	18.21	11.37	10.06	5.87	8.15	6.17
<b>18</b>	17	17.00	9.80	8.82	5.10	8.18	5.93
<b>F</b>		.243		.353		.176	
<b>Escolaridade</b>							
<b>9º</b>	80	19.93	9.79	10.61	5.23	9.31	5.69
<b>10º</b>	105	17.63	9.63	9.58	5.04	8.05	5.60
<b>11º</b>	32	17.56	10.31	9.81	5.44	7.75	5.84
<b>12º</b>	43	17.28	10.48	9.77	5.47	7.51	5.72
<b>F</b>		1.089		.630		1.294	

\* $p < .05$ .

**Nota:** Todos os testes univariados para o género, idade e escolaridade têm, respetivamente, (1,258), (4,255) e (3,256) graus de liberdade.

## IV. Estudo II: Estudo exploratório da relação entre Fobia Social e Atenção Auto Focada na adolescência

### 4.1. Metodologia

#### 4.1.1. Caracterização da Amostra

Com o intuito de atingir os objetivos acima mencionados, o estudo em questão foi constituído por uma amostra total de 97 adolescentes, divididos

nos três grupos em estudo: adolescentes com fobia social generalizada (FSG), adolescentes com outras perturbações de ansiedade (que não Fobia Social) (OPA) e adolescentes sem qualquer psicopatologia (N). Os grupos FSG e OPA foram recolhidos nas escolas referidas para o Estudo I (após a realização de um *screening* seguidamente explicado no procedimento), e também em hospitais, centros de saúde e clínicas privadas da zona centro do país. O grupo N foi recolhido nas escolas referidas para o Estudo I (após a realização do referido *screening*).

Foram definidos como critérios de exclusão dos participantes neste estudo: (a) idade inferior a 14 e superior a 18 anos; (b) preenchimento incompleto dos instrumentos aplicados; (c) evidência de dificuldades de compreensão que prejudicassem o correto preenchimento dos questionários e (d) a presença de um diagnóstico principal que não o pretendido. Além disso, o critério de exclusão para o grupo N, obviamente, o diagnóstico de qualquer perturbação psicológica.

Na descrição e comparação dos três grupos de adolescentes que constituem a amostra analisaram-se as possíveis diferenças ao nível do género (cf. Quadro 7), e da idade e escolaridade dos sujeitos (cf. Quadro 8).

**Quadro 7.** Distribuição dos grupos em estudo por género. Teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para verificação das diferenças

Grupos	Género						$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
FSG	5	13.9	31	86.1	36	37.1	9.907	.002
OPA	9	34.6	17	65.4	26	26.8		
N	19	54.3	16	45.7	35	36.1		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>64</b>	<b>66</b>	<b>97</b>	<b>100</b>		

**Nota:** FSG=grupo de fobia social generalizada; OPA=grupo de outras perturbações de ansiedade; N=grupo sem psicopatologia

Na análise por **género**, verificámos que a maioria da amostra total é do género feminino (n=64; 66% da amostra global), e que esta distribuição ocorreu de igual forma nos dois grupos clínicos, sendo que no grupo N a maioria dos sujeitos foi do género masculino (n=19; 54.3% da amostra). As diferenças de género, medidas através do teste qui-quadrado, revelaram-se estatisticamente significativas [ $\chi^2_{(2)} = 9.907$ ;  $p = .002$ ] (cf. Quadro 7).

**Quadro 8.** Médias e desvios-padrão das da idade e ano de escolaridade dos grupos em estudo. ANOVA para verificação das diferenças

Grupos	N	Idade				Escolaridade			
		M	DP	F	p	M	DP	F	p
FSG	36	16.14	1.18			10.47	1.18		
OPA	26	15.73	1.46			10.15	1.35		
N	35	15.77	1.31	.994	.374	10.23	1.06	.639	.530
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>15.90</b>	<b>1.30</b>			<b>10.30</b>	<b>1.18</b>		

**Nota:** FSG=grupo de fobia social generalizada; OPA=grupo de outras perturbações de ansiedade; N=grupo sem psicopatologia

Quanto à **idade**, observou-se que a média da amostra total foi de 15.90 (DP= 1.30), sendo as médias dos grupos bastante próximas entre si. As diferenças nesta variável não se mostraram estatisticamente significativas [ $F_{(2,94)}=.994$ ;  $p=.374$ ]. No que respeita aos **anos de escolaridade**, as diferenças também não se mostraram estatisticamente significativas [ $F_{(2,94)}=.994$ ;  $p=.374$ ](cf. Quadro 8).

#### 4.1.2. Instrumentos de avaliação<sup>7</sup>

O protocolo de investigação<sup>8</sup> deste estudo foi constituído por um conjunto de instrumentos de autorresposta que visaram avaliar o *focus* de atenção, a ansiedade social, pensamentos automáticos, comportamentos de segurança, sintomatologia depressiva e ansiedade aos testes. Para além desses instrumentos foi também utilizada a Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescências – ADIS-C: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version* (Silverman & Albano, 1996; versão portuguesa por Cunha & Salvador (em preparação).

Uma vez que a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), a Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), a Escala de Atenção Auto Focada (SFA), o Questionário de Focus de Atenção (FAQ) e o Inventário de Depressão para crianças (CDI) foram também utilizados no Estudo I, a sua descrição pode ser consultada na secção correspondente do referido estudo.

A descrição dos restantes instrumentos encontra-se de seguida nesta secção<sup>9</sup>. Posteriormente são também apresentadas as consistências internas de todos os instrumentos por grupo de estudo.

**A Versão breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para adolescentes** – SPAI-B: *Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents* (Garcia-Lopez, Hidalgo, Biedel, Olivares, & Turner, 2008; versão portuguesa: Vieira, Salvador, Matos, Garcia-Lopez, & Beidel, 2011), pretende avaliar os aspetos comportamentais, fisiológicos e cognitivos da ansiedade social em adolescentes.

O SPAI-B apresenta uma estrutura unifatorial, sendo constituído por 16 itens. Os dois últimos itens dividem-se em 4 e 5 subitens e pretendem avaliar os pensamentos automáticos e os sintomas somáticos em situações sociais, respetivamente. Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1=*nunca* e 5=*sempre*, sendo que quanto mais elevado o resultado, maior a ansiedade social (Garcia-Lopez, Hidalgo, Biedel, Olivares, & Turner, 2008).

<sup>7</sup> Consideramos como valores de referência, neste estudo, os índices de consistência interna apresentados por Pestana e Gageiro (2003), que sugerem que um *alpha de Cronbach* de valor inferior a .60 é inadmissível, entre .60 e .70 é fraco, entre .70 e .80 é razoável, entre .80 e .90 é bom e entre .90 e 1 é muito bom.

<sup>8</sup> Por questões éticas e legais relacionadas com os direitos de autor, serão apresentados em anexo apenas alguns itens de cada instrumento utilizado no presente estudo (cf. Anexo 9).

<sup>9</sup> De referir que, neste estudo, a utilização da EAESSA, do RT e do CDI serviu o propósito de efetuar um *screening* para selecionar alunos com probabilidade de integrarem os grupos em estudo.

Este instrumento apresenta uma consistência interna elevada ( $\alpha=.92$ ), uma boa estabilidade temporal e também boa validade convergente (Garcia-Lopez, Hidalgo, Biedel, Olivares, & Turner, 2008).

Na população portuguesa o SPAI-B apresenta igualmente uma elevada consistência interna ( $\alpha=.91$ ) e boa estabilidade temporal, bem como uma boa validade convergente e divergente (Vieira, Salvador, Matos, Garcia-Lopez, & Beidel, 2011).

No presente estudo, além do total da escala, foi também utilizado o item 16, que consiste na média obtida nos 5 subitens, e que avaliam a ativação fisiológica em situações sociais.

**A Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes** – EPASSA (Salvador, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2006; Bento, 2010) é constituída por 29 itens que pretendem avaliar os pensamentos automáticos que frequentemente surgem em situações sociais recedadas, numa escala de *Likert*, em que 1=*nunca* e 4=*quase sempre*. Quanto maior a pontuação, também maior a frequência de pensamentos automáticos

A EPASSA possui uma estrutura unifatorial, uma boa consistência interna ( $\alpha=.95$ ), uma boa estabilidade temporal e boa validade convergente (Salvador, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2006; Bento, 2010). A EPASSA apresenta ainda sensibilidade a mudanças decorrentes da intervenção terapêutica (Salvador, 2009).

**A Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes** – ECSSSA (Salvador, Cunha, & Pinto Gouveia, 2006; Silva, 2010) tem como objetivo avaliar a frequência de comportamentos de segurança utilizados em situações sociais pelos adolescentes, previamente determinadas pela EAESSA como ansiógenas. É composta por 17 itens, avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos, em que 1=*nunca* e 4 =*quase sempre*. Quanto maior o valor obtido também maior a frequência de utilização de comportamentos de segurança.

A escala apresenta uma estrutura unifatorial, com uma boa consistência interna ( $\alpha=.81$ ) e uma boa estabilidade temporal. Relativamente à sua validade, a ECSSSA apresenta uma validade convergente moderada (Salvador, Cunha, & Pinto Gouveia, 2006; Silva, 2010).

A ECSSSA apresenta sensibilidade ao tratamento terapêutico (Salvador, 2009; Bento, 2010).

**O Reações aos Testes – RT:** Reaction to Tests; Saranson, 1984; versão portuguesa: Baptista, Soczka, & Pinto, 1989; Vicente, 2011) avalia a ansiedade em situações de exames escolares, através de uma escala de resposta de *Likert* de 4 pontos (1=*nada típico* a 4=*muito típico*). Na sua versão original era constituído por 40 itens, tendo sido eliminados 6 itens na versão portuguesa. Assim, ficou constituído por 34 itens, que foram igualmente distribuídos pelos mesmos 4 fatores da versão americana: (1) Tensão (relacionado com o estado afetivo); (2) Preocupação (relacionado com auto avaliações negativas); (3) Pensamentos Irrelevantes (relacionada com imagens, fantasias e pensamentos sem relação com o teste); e (4) Sintomas Somáticos (relacionado com as reações fisiológicas) (Baptista, Soczka, & Pinto, 1989; Vicente, 2011).

O RT apresenta, na sua versão original, uma boa consistência interna e boa validade convergente (Sarason, 1984). Na versão portuguesa a consistência interna e a validade temporal foram considerados aceitáveis e a validade convergente ficou provada através das correlações elevadas com outras medidas de psicopatologia (Baptista, Soczka, & Pinto, 1989). Relativamente à aferição portuguesa para adolescentes, foi encontrada uma elevada consistência interna para o total e razoável a boa para os fatores que o compõem, uma boa estabilidade temporal para o total da escala ( $r=.83$ ), e boa validade convergente e divergente (Vicente, 2011). O RT apresenta ainda sensibilidade ao tratamento (Salvador, 2009).

**A Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescências** – ADIS-C: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version* (Silverman & Albano, 1996); versão portuguesa por Cunha & Salvador (em preparação) é uma entrevista estruturada que segue os critérios propostos pelo DSM-IV, e que permite diagnosticar e/ou despistar perturbações de ansiedade e outras perturbações relacionadas na infância e adolescência. Resulta da revisão da anterior versão da mesma entrevista, para a atualizar de acordo com o DSM-IV (APA, 1994).

Para além de avaliar os critérios de diagnóstico das perturbações de ansiedade, avalia também os critérios de diagnóstico para a Distímia e Perturbação Depressiva *Major* (perturbações afetivas), Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade, e ainda inclui questões de rastreio de outras perturbações, nomeadamente, abuso de substâncias, esquizofrenia, mutismo selectivo, perturbações alimentares, perturbação somatoforme e perturbação de somatização. É também avaliado no início da entrevista a presença de comportamentos de recusa à escola e as relações interpessoais do sujeito, por forma a perceber a necessidade de realizar uma avaliação clínica mais aprofundada

A ADIS-C apresenta uma excelente fidedignidade teste-reteste e precisão nos diagnósticos de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação e boa precisão diagnóstica de Fobia Social e Ansiedade Generalizada (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Verificou-se também uma boa validade concorrente nos diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Pânico (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). Num estudo de Rao e colaboradores (2007) ficou estabelecida a fidedignidade entre avaliadores para o diagnóstico de Fobia Social e interferência de sintomas, assim como a validade concorrente através da comparação com dados provenientes de instrumentos de autorresposta e de avaliação comportamental.

A sua versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Cunha e Salvador (em preparação), não existindo ainda estudos acerca da sua validade nesta população.

De seguida são apresentadas as consistências internas dos instrumentos utilizados neste estudo, nos três grupos em estudo (FSG, OPA e N) (cf. Quadro 9).

**Quadro 9.** *Consistências Internas dos instrumentos utilizados, nos grupos em estudo (FSG, OPA e N)*

Escala	$\alpha$		
	FSG	OPA	N
SFA Total	.89	.86	.91
SFAcomportamento	.77	.84	.86
SFAativação	.87	.82	.85
FAQexterno	.78	.30	.61
SAS-A	.89	.92	.94
SPAI-B Total	.93	.91	.91
SPAI-B Item_16	.77	.65	.77
EAESSA_Ansiedade	.93	.94	.90
EAESSA_Evitamento	.95	.88	.91
EPASSA	.95	.95	.89
ECSSSA	.86	.83	.78
RT Total	.95	.96	.94
CDI	.91	.78	.72

**Nota:** FSG=Fobia Social Generalizada; OPA=Outras Perturbações de Ansiedade; N=Sem Psicopatologia; SFA Total=Total da Escala de Atenção Auto Focada; SFAcomportamento= Fator atenção focada no comportamento da SFA; SFAativação= Fator atenção focada na ativação fisiológica da SFA; FAQexterno=Fator atenção focada nos outros e no ambiente externo do Questionário do *Focus* de Atenção; SAS-A= Escala de Ansiedade Social para Adolescentes; SPAI-B Total= Total do Versão Breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes; SPAI-B Item\_16= Item 16 – ativação fisiológica – do SPAI-B; EAESSA Ansiedade= subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA Evitamento= subescala Evitamento da EAESSA; EPASSA=Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA=Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; RT=Total do Reações aos Testes; CDI= Inventário de Depressão para Crianças

As consistências internas dos instrumentos utilizados no estudo variam, no grupo FSG, entre razoável a muito bom; no grupo OPA, entre inadmissível e muito bom; e, por fim, no grupo N, entre fraco a muito bom.

#### 4.1.3. Procedimentos de investigação

Para a concretização do segundo estudo pretendeu-se obter três grupos: 1) FSG, 2) OPA ou 3) N. Relativamente às condições clínicas, os sujeitos selecionados poderiam encontrar-se em qualquer fase de avaliação ou tratamento, preferencialmente no início, desde que fossem preenchidos os critérios para o diagnóstico de uma perturbação de ansiedade. Já no caso do grupo N, os sujeitos poderiam integrar o estudo desde que não apresentassem qualquer diagnóstico.

Nas escolas a seleção dos sujeitos a integrar a amostra do Estudo II foi realizada após a análise aos resultados obtidos no conjunto de questionários de todos os alunos que anteriormente haviam preenchido o protocolo de investigação no contexto de sala de aula. Posto isto, os alunos que obtiveram resultados abaixo ou acima do intervalo normativo para a EAESSA, o RT e o SAS-A e, ainda, resultados abaixo do ponto de corte no CDI (*screening*), foram selecionados para serem submetidos à ADIS-C. Estes alunos

poderiam, então, integrar um dos três grupos inicialmente referidos ou, no caso de não apresentarem critérios de inclusão para qualquer uma das condições, foram excluídos da amostra.

Nos hospitais, centros de saúde e clínicas privadas foram primeiramente efetuados os pedidos de autorização junto dos diretores e/ou conselhos de administração e comissões de ética, conforme o requerido pela entidade (Cf. Anexo 7). Posteriormente, os adolescentes selecionados pelos técnicos de saúde responsáveis pelo seu acompanhamento e os respetivos pais, foram abordados no sentido de solicitar a sua colaboração para a participação na investigação. Foram portanto entregues pedidos de autorização aos pais (Cf. Anexo 8) e o consentimento informado aos adolescentes (cf. Anexo 3), após os quais os adolescentes foram também submetidos à ADIS-C. Foi-lhes ainda pedido o preenchimento de questionários de autorresposta, que incluía também uma folha de rosto onde constava uma breve explicação dos objetivos do estudo (cf. Anexo 4) e uma ficha de recolha de dados demográficos (cf. Anexo 5). Após a realização das entrevistas os sujeitos entrevistados foram divididos, conforme o diagnóstico, em dois grupos: FSG ou OPA (ou excluídos do estudo por não pertencerem a nenhuma das duas condições).

O preenchimento do protocolo de investigação demorou cerca de 15 minutos e a administração da ADIS-C cerca de 45 minutos. De salientar que a ordem do preenchimento dos questionários foi balanceada, por forma a controlar possíveis contaminações das respostas dos adolescentes de uns questionários para os outros.

Após a recolha de dados procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-versão 20.0) para o Windows. Os procedimentos estatísticos utilizados estão descritos no início de cada um dos pontos referentes à descrição dos resultados.

## 4.2. Resultados<sup>10</sup>

### 4.2.1. Sub-estudo 1: *Focus de Atenção numa situação social: Estudo inter-grupos*

No presente sub-estudo foi nosso objetivo explorar eventuais diferenças estatisticamente significativas, ao nível do *focus* de atenção nos grupos em estudo: FSG, OPA e N.

No Quadro 10 são apresentadas as médias e desvios-padrão de cada grupo, bem como análises da variância (*One-Way ANOVA*) e o tamanho do efeito, e ainda a análise Post-hoc (Teste de Tukey) para verificar e localizar a existência de diferenças entre os três grupos em estudo. A escolha deste último teste estatístico deveu-se à consideração de se tratar de um dos mais robustos e adequados para a análise pretendida (Moroco, 2007).

De referir que as mesmas análises para as restantes medidas utilizadas no Estudo 2 se encontram em anexo (cf. Anexo 10).

<sup>10</sup> As análises estatísticas apresentadas foram obtidas através de técnicas de estatística paramétrica; contudo, uma vez que um dos grupos (nomeadamente o grupo OPA) possui um número de sujeitos que não atinge o valor mínimo recomendado (n=30), os resultados foram confirmados com análises estatísticas não paramétricas, por forma a obter uma maior precisão nos resultados alcançados.

Analisando o Quadro 10 é possível verificar que em todas as variáveis em estudo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados inter-grupos.

Constatou-se que, no que respeita ao total do SFA e aos fatores que a compõem, foi o grupo FSG que pontuou significativamente mais alto, seguido do grupo OPA e, por fim, do grupo N. Na comparação do fator FAQexterno nos três grupos, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos OPA e N ( $p=.465$ ), mas foram encontradas diferenças significativas entre o grupo FSG e os restantes ( $p=.000$ ), tendo sido este grupo o que apresentou resultados mais elevados.

**Quadro 10.** Médias (M) e desvios-padrão (DP) das variáveis em estudo nos grupos FSG, OPA e N. Análises da variância (ANOVA's) para verificação das diferenças e tamanho do efeito. Teste de Tukey para as comparações post-hoc

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Tamanho do efeito	Post-Hoc
<b>SFA Total</b>	FSG	36	26.50	8.16				
	OPA	26	18.56	8.47	42.881	.000	.477	FSG>OPA>N
	N	35	9.26	6.99				
<b>SFAcomp.</b>	FSG	36	10.00	3.65				
	OPA	26	8.42	4.48	30.971	.000	.397	FSG>OPA>N
	N	35	5.54	4.02				
<b>SFAativ.</b>	FSG	36	13.50	5.25				
	OPA	26	10.15	5.33	39.462	.000	.456	FSG>OPA>N
	N	35	3.71	3.44				
<b>FAQext.</b>	FSG	36	13.53	4.31				
	OPA	26	10.27	2.36	16.037	.000	.254	FSG>OPA=N
	N	35	9.26	2.62				

**Nota:** FSG=Fobia Social Generalizada; OPA=Outras Perturbações de Ansiedade; N=Sem psicopatologia; SFA Total= Total da Escala de Atenção Auto Focada; SFAcomp.= Fator Comportamento da SFA; SFAativ.= Fator Ativação Fisiológica da SFA; FAQext.= Fator Atenção Focada nos Outros e no Ambiente Externo do Questionário do *Focus* de Atenção

#### 4.2.2. Sub-estudo 2: Atenção Auto Focada na Fobia Social

Os resultados do Quadro 11 dizem respeito a estudos correlacionais<sup>11</sup> entre a atenção auto focada e medidas de ansiedade social e outros constructos relacionados, como a ativação fisiológica, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança, no grupo FSG<sup>12</sup>.

Relativamente às correlações entre a ansiedade social (SAS-A e SPAI-B) e a atenção auto focada, verificou-se que o fator SFAativação e o total da

<sup>11</sup> Na avaliação da magnitude das correlações são considerados como valores de referência, ao longo deste estudo, os valores apontados por Pestana e Gageiro (2003), 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 elevada e, superior a .90 uma associação muito elevada.

<sup>12</sup> De referir que em anexo se encontram as correlações entre todos os instrumentos utilizados no Estudo II (cf. Anexo 11).

escala apresentaram correlações positivas, baixas a moderadas e estatisticamente significativas (exceto entre o total da escala e a SAS-A) com as medidas de ansiedade social, o que não aconteceu com o fator SFAcomportamento, que não apresentou qualquer correlação significativa

No que concerne às correlações da ativação fisiológica, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança, com atenção auto focada, verificou-se, mais uma vez, que apenas o fator SFAativação e o total da escala obteve correlações estatisticamente significativas com as medidas relacionadas com a ansiedade social. De entre as correlações do fator SFAativação e do total da escala (todas positivas e moderadas), a mais expressiva ocorreu com a medida de avaliação dos pensamentos automáticos.

**Quadro 11.** Correlações bivariadas da Atenção Auto Focada com medidas de ansiedade social (SAS-A, SPAI-B Total) e constructos relacionados com esta, nomeadamente ativação fisiológica (SPAI-B\_Item 16), pensamentos automáticos (EPASSA) e comportamentos de segurança (ECSSSA)

	SFA		
	Total	Comportamento	Ativação
SAS-A	.26	.12	.32*
SPAI-B	.41*	.26	.46**
SPAI-B_Item 16	.41*	.26	.47**
EPASSA	.45**	.29	.50**
ECSSSA	.41*	.27	.46**

**Nota:** SFA Total= Total da Escala de Atenção Auto Focada; SFAcomportamento= Fator Atenção Focada no Comportamento da SFA; SFAativação= Fator Atenção Focada na Ativação Fisiológica da SFA; SAS-A= Escala de Ansiedade Social para Adolescente; SPAI-B= Versão Breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes; SPAI-B Item 16= Item 16 – ativação fisiológica - do SPAI-B; EPASSA= Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA= Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes.

\* p < .05 \*\*p<.01

#### 4.2.3. Sub-estudo 3: *Focus* de Atenção na Fobia Social

Os resultados do estudo correlacional entre atenção auto focada e *focus* de atenção externo (cf. Quadro 12) revelaram que todas as correlações foram positivas e estatisticamente significativas.

**Quadro 12.** Correlações bivariadas da Atenção Auto Focada com Atenção Focada no outro e no ambiente externo (FAQexterno)

	SFA		
	Total	Comportamento	Ativação
FAQexterno	.45**	.44**	.39*

**Nota:** SFA Total= Total da Escala de Atenção Auto Focada; SFAcomportamento= Fator Atenção Focada no Comportamento da SFA; SFAativação= Fator Atenção Focada na Ativação Fisiológica da SFA; FAQexterno= Fator de Atenção Focada nos Outros e no Ambiente Externo do Questionário de *Focus* de Atenção

\* p < .05 \*\*p<.01

O coeficiente de correlação entre o total da SFA e o fator SFAcomportamento com o fator FAQexterno revelou-se moderado ( $r=.45, p<.01$  e  $r=.44, p<.01$ , respetivamente), e o coeficiente de correlação entre o fator SFAativação e o fator FAQexterno revelou-se baixo, embora no limite superior do intervalo ( $r=.39, p<.05$ ).

#### 4.2.4. Sub-estudo 4: Papel da Ativação Fisiológica, dos Pensamentos Automáticos e dos Comportamentos de Segurança na Explicação da Atenção Auto Focada na Fobia Social

*Considerações Preliminares:* Tendo em conta que o fator SFAcomportamento não revelou, de uma forma geral, correlações estatisticamente significativas nem com medidas de ansiedade social nem com outras variáveis em estudo, nomeadamente ativação fisiológica, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança, nos sub-estudos 4 e 5 decidiu usar-se apenas o fator SFAativação da SFA.

De acordo com o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) para a fobia social, a persistência deste quadro clínico, na ausência de tratamento, é explicada pela ocorrência de processos cognitivos, emocionais e comportamentais durante a situação social temida, sendo eles a atenção auto focada (processamento do Eu como objeto social), os sintomas somáticos (ativação fisiológica), os sintomas cognitivos (pensamentos automáticos) e, finalmente, os sintomas comportamentais (comportamentos de segurança). Ao relacionarem-se entre si, estes processos formam um ciclo vicioso que mantém a fobia social. Neste seguimento, atendendo ao facto dos processos referidos anteriormente estarem, de acordo com o modelo de Clark e Wells (1995), relacionados com a atenção auto focada, procedeu-se às análises de regressão múltipla (método *enter*), com o objetivo de analisar o poder explicativo deste modelo e o papel desses processos na atenção auto focada<sup>13</sup>. Os resultados são apresentados no Quadro 13.

**Quadro 13.** Análise de regressão múltipla para a ativação fisiológica (SPAI-B-Item 16), pensamentos automáticos (EPASSA) e comportamentos de segurança (ECSSSA) – variáveis independentes/preditoras – sobre a atenção auto focada na ativação fisiológica (SFAativação) – variável dependente

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	F	t	p
<b>Modelo</b>	.572	.327			5.191		.005
<b>SPAI-B – Item 16</b>			1.481	.273		1.546	.132
<b>ECSSSA</b>			.050	.087		.412	.683
<b>EPASSA</b>			.098	.321		1.644	.110

**Nota:** SFAativação= fator Atenção Focada na Ativação Fisiológica da Escala de Atenção Auto Focada; SPAI-B Item 16= Item 16 – ativação fisiológica – da Versão Breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes; ECSSSA= Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA= Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes

<sup>13</sup> Devido às restrições colocadas a uma amostra de número reduzido, não foi possível controlar algumas variáveis nas análises, designadamente o género ou a sintomatologia depressiva.

Os resultados da regressão revelaram que o modelo é significativo ( $R^2=.327$ ;  $F_{(2,32)}=5.191$ ;  $p=.005$ ), explicando cerca de 33% da variável dependente. No entanto, na análise dos coeficientes de regressão verificou-se que nenhuma das variáveis independentes (SPAI-B Item 16:  $\beta=.273$ ,  $p=.132$ ; ECSSSA:  $\beta=.087$ ,  $p=.683$ ; EPASSA:  $\beta=.321$ ,  $p=.110$ ) contribuiu significativamente para a explicação da atenção auto focada.

Neste seguimento, atendendo ao facto de os comportamentos de segurança serem a variável com um peso explicativo residual, com o intuito de analisar o contributo das duas restantes variáveis – ativação fisiológica e pensamentos automáticos – de forma isolada, para a atenção auto focada, procedemos à análise de regressão múltipla considerando apenas as duas variáveis supracitadas. Os resultados encontram-se no Quadro 14.

**Quadro 14.** Análise de regressão múltipla para a ativação fisiológica (SPAI-B Item 16) e pensamentos automáticos negativos (EPASSA) – variáveis independentes/preditoras – sobre a atenção auto focada na ativação fisiológica (SFA Ativação) – variável dependente

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	F	t	p
<b>Modelo</b>	.569	.324			7.900		.002
<b>SPAI-B - Item 16</b>			1.639	.302		1.890	.068
<b>EPASSA</b>			.111	.367		2.296	<b>.028</b>

**Nota:** SFAativação= fator Atenção Focada na Ativação Fisiológica da Escala de Atenção Auto Focada; SPAI-B Item 16= Item 16 – ativação fisiológica – da Versão Breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes; EPASSA= Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes

Os resultados da regressão revelaram que o modelo é significativo ( $R^2=.324$ ;  $F_{(2,33)}=7.900$ ;  $p=.002$ ), explicando cerca de 32% da variável dependente. A análise dos coeficientes revelou que apenas os pensamentos automáticos ( $\beta=.367$ ,  $p=.028$ ) contribuem significativamente para a explicação da atenção auto focada, embora o contributo da ativação fisiológica esteja próxima do limiar de significância, sendo o seu valor de  $\beta$  também muito próximo do valor do  $\beta$  da variável pensamentos automáticos.

#### 4.2.5. Sub-estudo 5: Papel da Ativação Fisiológica, dos Pensamentos Automáticos, dos Comportamentos de Segurança e da Atenção Auto Focada na explicação da Ansiedade Social

Com base no pressuposto de que a ansiedade social é definida e mantida, no modelo de Clark e Wells (1995), pela atenção auto focada, ativação fisiológica, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança, procedeu-se à análise de regressões múltiplas (método *enter*), de forma a perceber o contributo desses aspetos para a explicação da ansiedade social<sup>14</sup>. Os resultados encontram-se no Quadro 15.

<sup>14</sup> De acordo com Field (2009) seriam necessários 10 a 15 sujeitos para cada preditor utilizado. Assim, para um total de 4 preditores que pretendíamos estudar (pensamentos automáticos, ativação fisiológica, atenção auto focada e comportamentos de segurança) deveríamos dispor de 40 sujeitos. Ainda que a amostra fosse constituída apenas por 36 adolescentes, não dispondo de qualquer critério teórico para retirar um dos preditores do modelo, optámos por ultrapassar o limite sugerido por Field (2009) e realizar a análise mantendo os 4 preditores.

**Quadro 15.** Análise de regressão múltipla para a ativação fisiológica (SPAI-B Item 16), pensamentos automáticos (EPASSA), comportamentos de segurança (ECSSSA) e atenção auto focada na ativação fisiológica (SFAAtivação) – variáveis independentes/preditoras – sobre a ansiedade social elevada (SAS-A) – variável dependente

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	F	t	p
<b>Modelo</b>	.711	.505			7.918		.000
<b>SPAI-B - Item 16</b>			1.166	.101		.633	.531
<b>EPASSA</b>			.131	.203		1.143	.262
<b>ECSSSA</b>			.645	.531		2.866	<b>.007</b>
<b>SFA Ativação</b>			-.147	-.069		-.448	.657

**Nota:** SPAI-B Item 16= Item 16 – ativação fisiológica – do Versão Breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes; EPASSA= Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA=Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; SFA Ativação= Fator Atenção Focada na Ativação Fisiológica da Escala de Atenção Auto Focada

Os resultados da regressão mostraram que o modelo é significativo ( $R^2=.505$ ;  $F_{(4,31)}=7.918$ ;  $p=.000$ ), explicando cerca de 50% da variável dependente. A análise dos coeficientes revelou que apenas os comportamentos de segurança têm poder explicativo significativo para a ansiedade social ( $\beta=.531$ ,  $p=.007$ ).

Não tendo sido verificado contributos significativos por parte dos restantes preditores e considerando, por um lado, que ultrapassámos o limite de preditores ótimo (Field, 2009), por outro que o modelo explica uma larga percentagem da variância da ansiedade social e, por último, que os vários preditores não significativos terão uma relação estreita entre si que poderá estar na base da sua não contribuição significativa para a explicação da ansiedade social, optámos por realizar regressões lineares entre cada preditor e a variável dependente por forma a verificar a contribuição de cada um isoladamente.

Os resultados da regressão linear revelaram que a ativação fisiológica, os pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança se constituíram como preditores com poder explicativo significativo para a ansiedade social (respetivamente,  $\beta=.457$ ,  $p=.005$ ;  $\beta=.566$ ,  $p=.000$  e  $\beta=.691$ ,  $p=.000$ ). A atenção auto focada demonstrou estar bastante próximo do limiar de significância ( $\beta=.321$ ,  $p=.057$ ).

Isoladamente, a atenção auto focada explica 8%, a ativação fisiológica 19%, os pensamentos automáticos 30% e os comportamentos de segurança 46% da variável dependente.

## V. Discussão dos resultados

Na parte anterior desta dissertação apresentámos e descrevemos os resultados dos estudos efetuados. Na presente secção esses resultados são discutidos, tendo em conta a conceptualização teórica que foi abordada na primeira parte desta dissertação, bem como os resultados de outros estudos na mesma área. Uma vez que este trabalho é composto por dois estudos de natureza distinta, a discussão de cada um foi feita separadamente.

### **Estudo I: Estudo da dimensionalidade e das características psicométricas da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) para adolescentes**

Devido à marcada interferência que os adolescentes com fobia social experienciam em diversos domínios do seu funcionamento, reconhece-se a importância de sinalizar e intervir rapidamente junto dos adolescentes com este quadro clínico. Neste seguimento, uma vez que a maior parte dos modelos explicativos da Fobia Social estabelecem a atenção auto focada como fator cognitivo de vulnerabilidade para a manutenção deste quadro clínico, torna-se de extrema importância a existência de instrumentos que permitam avaliar este aspeto. Assim, considerando que, do nosso conhecimento, não existe nenhum instrumento adaptado para a população portuguesa (nem adolescente, nem adulta) que permita avaliar este aspeto, o nosso primeiro estudo reportou-se à avaliação e aferição da dimensionalidade e das características psicométricas da SFA para adolescentes, adaptada a partir da versão inglesa (Bögels, Albets, & De Jong, 1996). Com este estudo pretendeu-se adaptar e proporcionar um instrumento de autorresposta válido e preciso que avaliasse a atenção auto focada, de forma a permitir a sua utilização no contexto clínico, para efeitos de avaliação, intervenção e futuras investigações nesta área.

Em seguida, procedemos à discussão dos principais resultados deste estudo.

Relativamente à análise fatorial exploratória efetuada, esta revelou uma estrutura com dois fatores (que explicaram 64,5% da variância), o que foi de encontro à estrutura fatorial da versão original da SFA. Contudo, a comparação da distribuição dos itens pelos dois fatores nestas duas versões revelou que o item 5 (“(...) se consigo controlar a minha respiração”) não correspondia ao mesmo fator. Não obstante, os pressupostos sugeridos pela autora, assim como a incongruência ao nível teórico devido à própria formulação do item, justificaram que este se mantivesse no fator correspondente ao encontrado na versão original da SFA. Como os dois fatores encontrados corresponderam aos propostos pelos autores, foram mantidas as mesmas designações, nomeadamente, (1) Atenção focada no comportamento (do próprio sujeito) (*SFAcomportamento*), composto pelos itens 3,4,6,7 e 9, e responsável por 34% da variância; e (2) Atenção focada na ativação fisiológica (do próprio sujeito) (*SFAativação*), composto pelos itens 1,2,5,8,10 e 11, e responsável por 30,5% da variância.

As saturações fatoriais encontradas na solução de dois fatores (todas acima de .30) traduziram uma boa coerência do constructo latente ao instrumento.

O estudo da correlação inter-fatores revelou que esta foi positiva, moderada e significativa. Este valor entre os dois fatores da SFA sugere que, embora bastante inter-correlacionados, representam subconstructos distintos da atenção auto focada. As correlações de cada fator com o total da escala constituíram-se como correlações muito altas.

O **estudo dos itens** da SFA revelou que a maioria dos itens apresentou uma correlação item-total positiva e moderada, sendo que três itens

apresentaram uma correlação item-total alta. Este coeficiente de correlação dá-nos o poder discriminativo do item, isto é, o grau em que o item se diferencia no mesmo sentido da escala global, sendo que valores mais elevados de poder discriminativo dos itens se associam a coeficientes mais elevados de fidelidade da escala, uma vez que vão no sentido da sua homogeneidade ou consistência (Almeida & Freire, 2008). Deste modo, os coeficientes de correlação item-total moderados e elevados sugerem que os onze itens da SFA estão formulados no sentido de avaliarem o constructo subjacente à globalidade da escala, contribuindo, assim, para o aumento da sua consistência interna, o que é congruente com o facto de a consistência interna se manter praticamente inalterada com a eliminação de qualquer item. Isto é, todos os itens contribuem para a avaliação do constructo latente ao instrumento.

Relativamente à fidelidade teste-reteste, todos os pares de itens apresentaram coeficientes de correlação teste-reteste significativos. Na generalidade, as correlações dos pares de itens foram moderadas, à exceção dos itens 4,5 e 6, que apresentaram uma magnitude de correlação baixa, apesar de estatisticamente significativa.

Em relação à **fidelidade da escala**, a SFA revelou uma excelente consistência interna para o total da escala, com um valor de *alpha de Cronbach* de .91. Foram encontrados para ambos os fatores valores de consistência interna bons (com um valor de *alpha de Cronbach* de .88 para o SFAcomportamento e de .86 para o SFAativação). A elevada consistência interna desta escala foi corroborada pelos valores de *alpha de Cronbach* obtidos numa outra amostra da população da população geral adolescente. De igual modo, foi encontrada uma estabilidade temporal moderada para um intervalo de cinco semanas, quer para o total da escala ( $r=.65$ ), quer para cada um dos fatores que a compõem ( $r=.57$  para o SFAcomportamento e  $r=.65$  para o SFAativação). Estes resultados apontam para uma boa fidelidade da SFA, significando que os resultados obtidos a partir deste instrumento são determinados pela variável latente e não por outros fatores.

No que concerne ao estudo da validade, a SFA revelou possuir uma boa **validade convergente** uma vez que tanto o total como o fator SFAativação revelaram correlações moderadas, positivas e estatisticamente significativas com o fator auto *focus* do FAQ, com a subescala Ansiedade/Desconforto da EAESSA, com a SAS-A e, finalmente, com os fatores Ansiedade Social e Sintomas Físicos da MASC. A subescala SFAcomportamento revelou correlações baixas a moderadas, positivas e estatisticamente significativas com os mesmos instrumentos acima referidos. Destacaram-se as correlações sempre mais elevadas entre o SFAativação com todas as variáveis, comparativamente às correlações entre as mesmas variáveis e ao SFAcomportamento.

Em relação à obtenção de correlações mais elevadas entre o total da SFA e ambas os fatores que a compõem, com o fator auto *focus* do FAQ, estes resultados eram esperados, uma vez que as duas medidas teoricamente mediriam o mesmo constructo, isto é, a atenção auto focada numa situação social. No que respeita à obtenção de correlações moderadas entre o fator SFAativação e o fator Sintomas Físicos da MASC, este resultado foi

compreensível, pelo facto do fator Sintomas Físicos representar os sintomas vegetativos que se constituem como um dos componentes da experiência de ansiedade (incluindo a ansiedade social), e o fator SFAativação representar a percepção desses mesmos sintomas vegetativos, sendo por isso, dois constructos relacionados. Finalmente, as correlações moderadas obtidas entre o total da SFA e os seus fatores com os instrumentos de ansiedade social confirmam a relação teoricamente hipotetizada entre atenção auto focada e ansiedade social.

Quanto ao estudo da **validade divergente** verificou-se que a SFA apresentou sempre magnitudes de correlação moderadas, positivas e estatisticamente significativas com o fator FAQ<sub>externo</sub>. Este resultado não vai de encontro ao esperado, uma vez que no próprio FAQ, os seus dois fatores – auto *focus*) e *focus* externo – obtiveram uma correlação muito baixa ( $r=-.07$ ). No entanto, teoricamente, talvez esta correlação moderada fosse expectável, uma vez que, ao mesmo tempo que se supõe uma relação entre ansiedade social e auto *focus*, também se supõe que existirá uma hipervigilância a pistas externas que possam ser consideradas ameaçadoras. Este ponto será melhor discutido quando abordarmos o estudo II.

A análise das correlações entre o total da SFA e os fatores que a compõem, com os fatores Ansiedade de Separação e Evitamento do Perigo da MASC, e ainda com o CDI, mostrou magnitudes de correlação baixas, positivas e estatisticamente significativas. Apenas foram encontradas correlações moderadas entre o fator SFAativação e o total da SFA com o CDI, embora esta última magnitude de correlação se situe no limiar inferior do intervalo de magnitudes de correlação moderada. Apesar disso, esta magnitude de correlação pode ser justificada com o facto de o CDI se constituir como uma medida relativamente inespecífica, que avalia, para além dos sintomas específicos da depressão, um fator comum de afeto negativo subjacente quer às perturbações de depressivas, quer às perturbações ansiosas (Clark & Watson, 1991), nas quais se preconiza o papel importante da atenção auto focada.

Os resultados apresentados demonstraram a existência de um padrão de correlações mais elevadas entre o total e os fatores da SFA, com medidas de ansiedade social e constructos relacionados, tais como a atenção auto focada (da FAQ) e os sintomas físicos, do que com outras medidas de ansiedade e de sintomatologia depressiva. Estes resultados parecem fornecer apoio empírico para a validade deste instrumento.

Por fim, a análise dos **dados normativos** da SFA permitem inferir sobre os efeitos do género apenas nas pontuações do fator SFAativação, que, de um modo geral, as raparigas apresentam valores significativamente mais elevados do que os rapazes. Relativamente a este resultado, tendo em conta que a atenção auto focada se encontra relacionada com a ansiedade social e, sendo a ansiedade social mais elevada em raparigas comparativamente a rapazes (Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004; La Greca & Lopez, 1998) (facto este que se confirma também nesta amostra), depreende-se que o resultado neste estudo vai ao encontro deste dado.

Em termos de efeitos da idade e do ano de escolaridade, os resultados não se mostraram estatisticamente significativos.

## **Estudo II: Estudo exploratório da relação entre Fobia Social e Atenção Auto Focada na adolescência**

Apesar de diversos autores apontarem para a influência da atenção auto focada na manutenção e exacerbação da ansiedade social, são ainda escassos os estudos que abordaram quer a relação entre a atenção auto focada e a ansiedade social, quer entre a atenção auto focada e alguns constructos diretamente relacionados com a ansiedade social, como proposto pelo modelo de Clark e Wells (1995), nomeadamente ativação fisiológica, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança. Esta escassez é particularmente patente nos adolescentes, e ainda mais na população portuguesa. Neste sentido, o segundo objetivo deste trabalho consistiu na realização de um conjunto de estudos que permitissem relacionar precisamente os aspetos referidos.

Em seguida, procedemos à discussão dos principais resultados deste estudo.

### **Sub-estudo 1: *Focus* de Atenção numa situação social: Estudo inter-grupos**

Para analisar eventuais diferenças ao nível do *focus* de atenção entre um grupo de adolescentes com fobia social generalizada (FSG), um grupo de adolescentes com outras perturbações de ansiedade (OPA) e um grupo de adolescentes sem psicopatologia (N), efetuou-se uma análise univariada da variância (*One Way ANOVA*), bem como uma análise Post-Hoc.

***H1:*** *Os adolescentes com fobia social generalizada tenderão a apresentar níveis mais elevados de atenção auto focada comparativamente quer a adolescentes com outras perturbações de ansiedade, quer a adolescentes sem psicopatologia.*

Os resultados encontrados neste estudo revelaram que foi o grupo FSG que apresentou resultados mais elevados de atenção auto focada, pelo que a nossa hipótese foi corroborada.

Estes resultados vão no sentido do que tem vindo a ser descrito na revisão da literatura sobre a fobia social, na medida em que são vários os estudos que reportam níveis elevados de atenção auto focada nos sujeitos com este quadro clínico, quer comparativamente a normais, quer comparativamente a sujeitos com ansiedade social baixa (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Bögels & Mansell, 2004; Bögels, Mulken, & De Jong, 1997; Clark & Wells, 1995; Herbert & Cardaciotto, 2005; McManus, Sacadura, & Clark, 2008; Schreiber, Stangier, & Steil, 2010; Woody & Rodriguez, 2000). Além disso, alguns estudos reportaram que a melhoria da sintomatologia ansiosa é acompanhada por uma diminuição do nível de atenção auto focada (Foa, Franklin, Perry, & Herbert, 1996; Hofmann, 2000; Woody, Chambless, & Glass, 1997).

***H2:*** *Os adolescentes com fobia social generalizada tenderão a apresentar níveis mais baixos de atenção focada no outro e no ambiente comparativamente aos adolescentes com outras perturbações de ansiedade ou sem psicopatologia.*

Os resultados encontrados neste estudo revelaram que foi o grupo FSG que apresentou resultados mais elevados de atenção focada no outro e no ambiente externo, pelo que a nossa hipótese não foi corroborada.

Neste sentido, apesar da hipótese partir dos resultados de investigações, cujos autores defendem que os sujeitos com fobia social se envolvem num processo de atenção cronicamente auto focada (Bögels & Mansell, 2004; Bögels, Mulken, & De Jong, 1997; McManus, Sacadura, & Clark, 2008; Woody & Rodriguez, 2000), a relação entre a atenção auto focada e a atenção focada no outro e no ambiente externo não está ainda bem estabelecida. Isto porque ao mesmo tempo que se supõe uma relação entre ansiedade social e atenção auto focada, supõe-se igualmente a existência de uma hipervigilância a pistas externas que possam ser consideradas ameaçadoras (Mansell, Clark, & Ehlers, 2003; Rapee & Heimberg, 1997; Schultz & Heimberg, 2008). Além disso, talvez a hipervigilância em sujeitos com fobia social possa ser considerada uma forma de atenção focada no outro e no ambiente externo.

No entanto, este ponto será posteriormente abordado aquando a discussão da hipótese 7.

### **Sub-estudo 2: Atenção Auto Focada na Fobia Social**

Para analisar a relação entre a atenção auto focada e a fobia social (assim como com os constructos que caracterizam este quadro clínico, nomeadamente, ativação fisiológica, pensamentos automáticos e comportamentos de segurança), efetuaram-se estudos correlacionais.

***H3:** Relação significativa e positiva entre medidas de ansiedade social e atenção auto focada, isto é, níveis mais elevados de atenção auto focada estarão relacionados com níveis mais elevados de ansiedade social.*

A atenção auto focada encontrou-se correlacionada de modo positivo, moderado e significativo com a ansiedade social, pelo que a nossa hipótese foi corroborada.

Este resultado confirmou a literatura no que respeita à associação entre a ansiedade social e a atenção auto focada elevada (Hope, Heimberg, & Klein, 1990; Hope & Heimberg, 1988; Mellings & Alden, 2000; Saboonchi, Lundh, & Öst, 1999). Além disso, outras investigações indicam que o aumento da atenção auto focada leva ao aumento dos níveis de ansiedade social (Woody, 1996; Woody & Rodriguez, 2000), e, também, que a ansiedade social induz um estado de atenção auto focada, formando-se assim um ciclo vicioso que mantém a fobia social (Wegner & Guiliano, 1980). Ainda de acordo Wells e Papageorgiou (1998), o abandono da atenção auto focada pode contribuir para a redução da ansiedade e de crenças nas catástrofes receadas, ao mesmo tempo que altera a perspetiva do observador. Por fim, vários estudos de resultados de tratamento, que tem avaliado enviosamentos de informação no pré e no pós tratamento, verificam que a melhoria sintomática na fobia social é acompanhada por reduções na atenção auto focada (Foa, Franklin, Perry, & Herbert, 1996; Hofmann, 2000; Woody, Chambless, & Glass, 1997).

**H4:** *Relação positiva e significativa entre ativação fisiológica e atenção auto focada, isto é, quanto maior a percepção de ativação fisiológica, maior a atenção auto focada.*

Os nossos resultados indicaram que a atenção auto focada se encontra associada de forma positiva, moderada e significativa com a ativação fisiológica, indo estes resultados de encontro ao hipotetizado.

Os resultados encontrados na presente amostra vão ao encontro dos relatados por Fenigstein e Carver (1978) e por Wegner e Giuliano (1980), que demonstraram a ativação fisiológica induz o estado de atenção auto focada (ou antes a consciência dos processos fisiológicos) nos sujeitos com fobia social. Ainda Bögels e Mansell (2004) estabeleceram uma relação entre atenção auto focada, ativação fisiológica e evitamento, isto é, devido ao aumento da atenção auto focada, aumenta também a hipervigilância à ativação fisiológica, que é seguida de evitamentos dos estímulos percebidos como ameaçadores.

**H5:** *Relação significativa e positiva entre a frequência de pensamentos automáticos e atenção auto focada, isto é, quanto maior a frequência de pensamentos automáticos, maior a atenção auto focada.*

Os nossos resultados indicaram que a atenção auto focada se encontra associada de forma significativa (positiva e moderada) com a frequência de pensamentos automáticos, pelo que a nossa hipótese foi corroborada.

Neste sentido, a relação encontrada entre atenção auto focada e pensamentos automáticos vai ao encontro da perspectiva proposta pelo modelo de Clark e Wells (1995). De acordo com estes autores, os sujeitos com fobia social interpretam a maioria das situações sociais como perigosas, demonstrado através de pensamentos automáticos que conduzem a um aumento da atenção auto focada devido à automonitorização que realizam com o objetivo de inferir como se estão a sentir e, a partir daí, o que os outros estarão a ver e qual a opinião destes sobre si. Por sua vez, a atenção auto focada aumenta a percepção dos sintomas fisiológicos de ansiedade, aumentando o receio de que estes possam ser notados pelos outros, traduzido em mais pensamentos automáticos relativos a uma possível avaliação negativa por parte dos outros intervenientes na situação social.

**H6:** *Relação significativa e positiva entre recorrência a comportamentos de segurança e atenção auto focada, isto é, maior recorrência a comportamentos de segurança estarão relacionadas com maior atenção auto focada.*

No que respeita à correlação entre a atenção auto focada e os comportamentos de segurança esta é positiva e significativa, pelo que estes resultados vão de encontro ao hipotetizado.

Quando o evitamento total da situação não é possível, o indivíduo com fobia social leva a cabo um conjunto de comportamentos que tem relações específicas com as consequências recadas que o sujeito tenciona impedir ou minimizar. Além disso, os comportamentos de segurança mantêm o auto focus e utilizam recursos atencionais que poderiam estar dirigidos para informação desconfirmatória (e.g. ao não olhar à sua volta no momento em

que o sujeito com fobia social se sente observado, faz com que a atenção auto focada aumente e impede a percepção de que, na realidade, ninguém lhe está a prestar atenção) (Clark & Wells, 1995).

Importa ainda referir o efeito paradoxal que os comportamentos de segurança realizados têm na maior parte das vezes, uma vez que aumentam a atenção auto focada e também a percepção da ativação fisiológica num ciclo vicioso que não permite a descontinuação da realização dos referidos comportamentos de segurança. Isto é, com o objetivo de esconder as sensações corporais (e.g. transpiração, corar, tremer, gaguejar), a atenção auto focada aumenta e, posteriormente, a realização dos comportamentos de segurança faz com que as sensações corporais recedidas possam ser exacerbadas (e.g. tentar esconder a sudação das axilas, mantendo os braços junto ao corpo, aumenta por sua vez a sudação) (Clark & Wells, 1995).

### **Sub-estudo 3: *Focus de Atenção na Fobia Social***

Para analisar a relação entre a atenção auto focada e atenção focada nos outros e no ambiente externo, efetuaram-se estudos correlacionais.

*H7: Relação significativa e negativa entre atenção auto focada e atenção focada no ambiente externo, isto é, níveis mais elevados de atenção auto focada estarão relacionados com níveis mais baixos de atenção focada nos outros.*

Os nossos resultados indicaram que a atenção auto focada se encontrou associada de forma significativa e positiva com a atenção focada nos outros e no ambiente externo, pelo que a nossa hipótese não foi corroborada. Importa referir que estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados para a hipótese 2.

Como referido anteriormente, apesar de diversas investigações terem encontrado uma relação significativa entre a atenção cronicamente auto focada e a ansiedade social, supõem-se que poderá também existir uma relação entre a atenção focada nos outros e no ambiente externo e a ansiedade social, devido à constante hipervigilância a que os sujeitos com ansiedade social estão submetidos. Estando a maioria da atenção deslocada para si próprio, pouca capacidade de atenção restaria para processar pistas do exterior. Todavia, o reduzido processamento de pistas externas (que embora considerado reduzido se encontra presente) está ainda enviesado num sentido negativo, sendo mais provável que o indivíduo note e memorize respostas dos outros que interpretou negativamente (Clark & Wells, 1995).

Este resultado corrobora os dados encontrados por Rapee e Heimberg (1997), que sugerem que a atenção dirigida aos estímulos ameaçadores é também um processo crítico na manutenção da fobia social, tendo os sujeitos socialmente ansiosos que dirigir simultaneamente a atenção tanto para as pistas internas, como para os estímulos externos potencialmente indicadores de avaliação negativa, como por exemplo as expressões faciais do outro interveniente na situação social. Estes autores sugerem ainda que esta bidirecionalidade da atenção poderá ser um processo interdependente, tanto que o focus de atenção dirigido num sentido deverá causar implicações na experiência do outro sentido.

Um dado curioso, e que vai igualmente ao encontro dos resultados obtidos, reflete-se nas conclusões de um estudo realizado por Schreiber, Stangier & Steil (2010) com adolescentes com ansiedade social. Estes autores concluíram que, adolescentes com elevada ansiedade social obtinham o mesmo valor de atenção auto focada e de atenção focada nos outros, enquanto que, quer os adolescentes com ansiedade social média, quer os adolescentes com baixa ansiedade social obtinham um valor mais elevado de atenção focada nos outros e no ambiente externo do que de atenção auto focada. Além disso, apesar de os grupos de adolescentes com elevada e média ansiedade social terem um valor muito próximo de atenção externa, relativamente à atenção auto focada, é o grupo de adolescentes com elevada ansiedade social que obtém um maior valor de atenção auto focada. Julgamos que este resultado se possa dever ao balanceamento da atenção que tenha que ser realizada pelos adolescentes com elevada ansiedade social. Isto é, estes sujeitos poderão ter que estreitar a sua atenção tanto para as pistas internas (e.g. sintomas somáticos da ansiedade, o que terá que dizer ou fazer a seguir) como para as pistas externas consideradas ameaçadoras (e.g. sinais de desaprovação do outro interveniente da interação social, temperatura do ambiente físico por forma a controlar a sudação), por forma a controlar a situação social, enquanto que, tanto os adolescentes com média ou baixa ansiedade social estreitarão a sua atenção principalmente para as pistas externas.

Contudo, consideramos que os estudos existentes são insuficientes para retirar conclusões definitivas sobre a influência da atenção focada no outro e no ambiente externo na fobia social e qual a sua relação com a atenção auto focada, uma vez que a maioria dos estudos tem explorado os dois processos atencionais de forma isolada, não obtendo por isso resultados acerca da possível interação existente entre eles. Consideramos portanto que são necessários mais estudos neste âmbito.

#### **Sub-estudo 4: Papel da Ativação Fisiológica, dos Pensamentos Automáticos e dos Comportamentos de Segurança na explicação da Atenção Auto Focada na Fobia Social**

Foi realizada uma análise de regressão da atenção auto focada enquanto variável dependente, mediante o controlo da ativação fisiológica, dos pensamentos automáticos e dos comportamentos de segurança, de modo a identificar a contribuição de cada uma das variáveis na compreensão daquele fator cognitivo.

***H8:** A ativação fisiológica, pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança constituir-se-ão como preditores significativos da atenção auto focada.*

Os resultados desta análise mostraram que, quando testados os 3 preditores em conjunto, nenhuma das variáveis se assume como preditor significativo da atenção auto focada. No entanto, quando testados apenas a ativação fisiológica e os pensamentos automáticos como preditores (uma vez que os comportamentos de segurança obtiveram um peso explicativo residual), apenas os pensamentos automáticos se assumem como preditores

significativos da atenção auto focada. Posto isto, verificou-se que a hipótese foi apenas parcialmente corroborada.

No que se refere ao facto de os pensamentos automáticos terem um maior peso explicativo na atenção auto focada do que a ativação fisiológica, é de referir que, o que torna as situações sociais ameaçadoras não será a ativação fisiológica em si, mas antes o medo de fazer uma figura ridícula, da humilhação e do gozo por parte dos outros, que eles julgam que irão comprovar a sua incompetência (Heimberg, 2000), pelo que o conteúdo dos pensamentos automáticos parece fazer mais justiça à experiência subjetiva de ansiedade social do que a ativação fisiológica.

Ainda relativamente à ativação fisiológica, consideramos que a medida utilizada para avaliar este fator (que contém apenas 5 itens logo, não contém os 13 possíveis sintomas de ansiedade) possa não se constituir como a medida mais válida para realizar esta avaliação. No entanto, salientamos que o valor preditivo da ativação fisiológica se encontrou próximo da significância e com um peso explicativo muito próximo do peso explicativo dos pensamentos automáticos (esses sim, um preditor significativo). Colocamos por isso a hipótese de numa amostra maior esse valor assumir maior magnitude.

#### **Sub-estudo 5: Papel da Ativação Fisiológica, dos Pensamentos Automáticos, dos Comportamentos de Segurança e da Atenção Auto Focada na explicação da Ansiedade Social**

Foi realizada uma análise de regressão da ansiedade social enquanto variável dependente, utilizando como variáveis predictoras a atenção auto focada, a ativação fisiológica, os pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança, de modo a identificar a contribuição de cada uma delas para a variável dependente.

**H9:** *Embora a ativação fisiológica, os pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança possam ser variáveis predictoras da fobia social, a atenção auto focada será ainda um preditor significativo da ansiedade social.*

Na explicação da ansiedade social, a recorrência a comportamentos de segurança surgiu sempre como o único preditor significativo quando testado o modelo de quatro preditores. Através da análise do *Beta* de cada preditor verificamos que o preditor seguinte com maior peso explicativo são os pensamentos automáticos, seguido da ativação fisiológica e, por fim, a atenção auto focada).

De referir que embora não tenha havido preditores significativos, o modelo que as engloba foi significativo, explicando grande parte da variância. Assim, embora os valores da análise de colinearidade não apontem para a presença clara de multicolinearidade, é possível que as variáveis se correlacionem com uma magnitude suficiente para que, aquando da explicação da ansiedade social, nenhuma variável por si só explique aquele constructo, estando antes relacionadas entre si (ou seja, se uma aumenta a outra aumenta também). Por exemplo, tendo em conta as medidas utilizadas para avaliar os comportamentos de segurança (ECSSSA) e os pensamentos automáticos (EPASSA), verifica-se que existe uma relação

lógica entre a maioria dos itens, sendo exemplo disso, se o adolescente pontuar com um resultado elevado no item do EPASSA “Não vou/estou a dizer nada de jeito”, é provável que pontue igualmente alto no item do ECSSSA “Falas pouco, reduzindo ao mínimo o que tens para dizer”.

Outra possível explicação para o facto de apenas os comportamentos de segurança explicarem de modo significativo a ansiedade social quando testados os preditores em conjunto, poderia relacionar-se com a ativação, numa situação social ansiógena, de mecanismos de resposta mais primitivos, logo, mais automáticos, que podem ser mais proeminentes do que o envolvimento de processos cognitivos, como a atenção auto focada ou os pensamentos automáticos. O processamento cognitivo poderá ser apenas realizado posteriormente, de onde resulta uma apreciação acerca da adequação da resposta emocional.

É importante ter ainda em conta o efeito contraproducente que estes tipos de comportamento muitas vezes têm. Ou seja, apesar de estas estratégias serem usadas pelos indivíduos com ansiedade social, com o objetivo de impedir ou diminuir a probabilidade de serem gozados ou ridicularizados, não raras as vezes, estas estratégias acabam por ter um efeito contrário, levando a que o sujeito se sinta ainda mais ansioso, envergonhado, triste e auto crítico. De facto, o seu desempenho social pouco eficaz poderá ser interpretado pelos outros como distante e pouco interessante, provocando respostas menos calorosas e amigáveis. Esta situação poderá traduzir-se em padrões de interação menos positivos que confirmam os receios de avaliação negativa e rejeição, gerando-se um ciclo vicioso (Clark & Wells, 1995). Deste modo, inerente à utilização de comportamentos de segurança, poderão estar envolvidos sentimentos de autocrítica, inferioridade, vergonha, tristeza, inadequação social, entre outros, levando à elevada perceção de interferência na vida quotidiana do sujeito com fobia social e sendo por isso aparecer como o preditor mais significativo da ansiedade social. Importa ainda referir que este resultado vai ao encontro dos resultados encontrados por McManus, Sacadura e Clark (2008), que preconizam os comportamentos de segurança como principal fator de manutenção da ansiedade social.

No entanto, verificou-se posteriormente, através de regressões lineares, que a ativação fisiológica, os pensamentos automáticos e os comportamentos de segurança são preditores significativos da ansiedade social. Relativamente à atenção auto focada, este fator demonstrou estar bastante próximo do limiar de significância, pelo que conjecturamos que talvez não se tenha revelado significativo face ao número reduzido de sujeitos, pelo que, possivelmente, com uma amostra mais numerosa esta significância seria encontrada.

Neste seguimento, é importante referir que, a ordem da percentagem explicativa dos preditores coincide, tanto quando testado o modelo dos quatro preditores em conjunto como quando realizadas regressões lineares. Os dados referidos demonstram portanto que a hipótese colocada foi apenas parcialmente corroborada.

Relativamente aos pensamentos automáticos (o segundo preditor com mais peso explicativo) julgamos que o facto de ser o preditor com o *Beta* mais elevado depois dos comportamentos de segurança poderá ser explicado

devido à importância dos pensamentos automáticos para a manutenção da ansiedade social. Isto é, como referido anteriormente, de acordo com Clark e Wells (1995), os sujeitos com fobia social interpretam a maioria das situações sociais como perigosas, demonstrado através de pensamentos automáticos como “se discordar de alguém os outros vão rejeitar-me” ou “sou incompetente”. Posto isto, a consequente monitorização que fazem das pistas consideradas como ameaçadoras, por forma a controlar a situação social e a impressão que os outros possam ter de si, leva a que se forme um ciclo vicioso, que mantém a fobia social.

Julgamos igualmente que, o facto de os pensamentos automáticos terem um maior peso explicativo na ansiedade social do que a ativação fisiológica se deva a não ser a ativação fisiológica em si que torna as situações sociais ameaçadoras mas sim o medo de fazer uma figura ridícula, da humilhação e do gozo por parte dos outros, pelo que o conteúdo dos pensamentos automáticos parece fazer mais justiça à experiência subjetiva de ansiedade social do que a ativação fisiológica. Este dado confirma que, efetivamente, o componente cognitivo está bastante relacionado com a fobia social, pelo que a abordagem deste fator deve ocorrer na intervenção terapêutica.

Neste seguimento, não existem muitos estudos específicos que relacionem de forma conjunta os constructos estabelecidos no modelo de Clark e Wells (1995), sendo do nosso conhecimento apenas dois.

Hodson, McManus, Clark e Wells (1995) investigaram se as variáveis do modelo de Clark e Wells (1995) estariam presentes e seriam mais evidentes em crianças com elevada ansiedade social e concluíram que estas obtinham pontuações significativamente mais elevadas nas variáveis do modelo, principalmente nos pensamentos automáticos, na atenção auto focada e nos comportamentos de segurança, verificando ainda que cada um desses fatores era um preditor significativo da ansiedade social. No que respeita a este estudo (obviamente com a ressalva de ter sido realizado com crianças), os resultados obtidos não são coincidentes com o estudo realizado nesta dissertação.

No segundo estudo conhecido, realizado por Schreiber, Stangier e Steil (2010), estes autores replicaram o estudo anteriormente mencionado, e concluíram igualmente que os adolescentes com elevada ansiedade social obtinham pontuações significativamente mais elevadas nas variáveis do modelo. Contudo, os autores verificaram que seriam os comportamentos de segurança e os pensamentos automáticos os preditores mais significativos da ansiedade social, sendo que a atenção auto focada seria um preditor com um valor quase residual. Os resultados deste estudo vão de encontro aos resultados obtidos nesta dissertação.

Neste sentido, conclui-se que é ainda precoce estabelecer o papel exato da atenção auto focada na ansiedade social.

### **Implicações Clínicas e de Investigação**

Tendo em conta a breve revisão da literatura que mostra como os nossos resultados podem ser integrados no conjunto de estudos existente acerca da relação entre alguns dos componentes do modelo cognitivo de

Clark e Wells (1995) (especificamente sobre a relação entre a atenção auto focada com os restantes componentes), e ainda acerca da relação entre auto *focus* e atenção externa, parece-nos importante referir as implicações mais importantes que estes resultados podem promover em termos clínicos e de investigação.

Os resultados parecem corroborar, de um modo geral, a importância de intervir na atenção auto focada no tratamento da ansiedade social, uma vez que parece funcionar como fator de manutenção daquela psicopatologia. No entanto, apesar da atenção auto focada ser um fator importante na manutenção da fobia social, a atenção focada no outro e no ambiente externo (preconizado na hipervigilância a estímulos ambientais relevantes) poderá ser igualmente um fator de grande importância.

No que se refere à relação entre os dois processos atencionais, de acordo com Rapee e Heimberg (1997), a monitorização que o indivíduo socialmente ansioso faz, tanto dos estímulos internos como dos estímulos externos, deverá ser interdependente, não sendo portanto realizada cada uma de forma isolada. No entanto, os dois processos atencionais têm sido explorados de forma isolada, pelo que a sua relação não está ainda estabelecida. Julgamos por isso importante que estudos futuros abordem os dois processos em conjunto.

Os resultados parecem ir no sentido dos estudos que sugerem a eficácia de uma intervenção baseada no modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) e deve passar por quebrar os vários ciclos viciosos que mantêm e aumentam a ansiedade social, e que incluem os componentes abordados nos estudos realizados.

## VI. Conclusões gerais

Com o intuito de alargar o conhecimento sobre a relação entre a fobia social e a atenção auto focada em adolescentes, efetuaram-se dois estudos, cujas principais conclusões apresentamos de seguida.

### **Estudo I: Estudo da dimensionalidade e das características psicométricas da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) para adolescentes**

**Conclusões.** Como principais resultados deste estudo podemos apontar que a SFA:

1. Revelou possuir uma *estrutura bidimensional*, semelhante à encontrada no estudo original, na qual os fatores explicam 64.5% da variância total.
2. Apresentou, na *análise dos itens*, um bom comportamento da escala em termos de correlação item-total, de consistência interna se item retirado e correlação teste-reteste.
3. Mostrou ser um instrumento fidedigno ao apresentar um valor de *consistência interna* muito bom para o total da escala e bom para ambos os fatores, bem como uma moderada *estabilidade temporal* para um intervalo de 5 semanas.
4. Relativamente à *validade convergente* do total da SFA e dos fatores, obtivemos coeficientes de correlação positivos, maioritariamente

moderados a altos, todos estatisticamente significativos, o que apoiou a validade convergente da SFA. A correlação mais elevada foi obtida entre o total da SFA e o fator de *focus* de atenção interna (auto *focus*) do FAQ.

5. No que respeita à *validade divergente* do total da SFA e dos fatores, foram obtidas correlações baixas a moderadas com medidas de *focus* de atenção externo, e com outras medidas de ansiedade (Ansiedade de Separação e Evitamento do Perigo) e de sintomatologia depressiva, o que apoiou a validade divergente do instrumento em estudo. Em termos gerais, estas correlações foram mais baixas do que as encontradas no estudo de validade convergente.

6. No estudo dos *dados normativos*, verificou-se um efeito estatisticamente significativo da variável género apenas em relação à SFA ativação, obtendo as raparigas valores mais elevados que os rapazes. Não se verificou um efeito estatisticamente significativo nem para a idade nem para a escolaridade.

Por fim, salienta-se ainda que a presente escala, ao permitir distinções conceptuais e do desenvolvimento mais precisas a respeito da natureza deste fator cognitivo nos adolescentes com ansiedade social elevada, poderá vir a ter um papel relevante na investigação clínica dos jovens com elevados níveis de atenção auto focada, e, conseqüentemente, permitir uma intervenção terapêutica mais direcionada e eficaz, bem como uma avaliação dos resultados de tratamento mais fidedigna.

**Limitações e direções futuras.** Não obstante os resultados obtidos, este estudo acarreta algumas limitações. Em primeiro lugar, uma das limitações consiste no facto de apenas termos efetuado uma Análise Fatorial Exploratória, pelo que consideramos que, este modelo necessita de ser testado através de uma análise Fatorial Confirmatória. Em segundo lugar, o facto de a amostra deste estudo compreender apenas adolescentes da zona centro do país e com um leque de idades pouco alargado, poderá limitar a generalização dos resultados obtidos. Estudos futuros deverão alargar esta amostra tanto em termos geográficos como em termos de idade dos adolescentes. Gostaríamos ainda de salientar a pertinência do estudo deste questionário quando preenchido logo após uma situação social (ou *in vivo* ou através de *role play*), uma vez que os resultados seriam mais fidedignos e não sujeitos aos enviesamentos que a recordação da situação acarreta. Finalmente, a última sugestão está relacionada com a sigla da Escala de Atenção Auto Focada, na qual sugerimos o adicionar das letras “AS” de Ansiedade Social, de modo a distinguir este instrumento que possam medir o mesmo constructo mas em quadros clínicos diferentes.

## **Estudo II: Estudo exploratório da relação entre Fobia Social e Atenção Auto Focada na adolescência**

O estudo em torno das relações entre os componentes do modelo de Clark e Wells (1995) que definem a ansiedade social, assim como o estudo da relação entre atenção auto focada e atenção focada no outro e no ambiente externo permitiu concluir que:

1) A atenção auto focada é mais elevada nos adolescentes com fobia social generalizada comparativamente quer aos adolescentes com outras perturbações de ansiedade, quer aos adolescentes sem psicopatologia.

2) A atenção focada nos outros e no ambiente externo é também mais elevada nos adolescentes com fobia social generalizada, comparativamente aos restantes grupos.

3) A atenção auto focada está associada à ansiedade social nos adolescentes com fobia social generalizada, parecendo aumentar com o aumento da ansiedade social sentida.

4) A atenção auto focada encontra-se associada à percepção da ativação fisiológica nos adolescentes com fobia social generalizada, pelo que quanto a ativação fisiológica, também maior a atenção auto focada.

5) A frequência de pensamentos automáticos parece ter uma associação com a atenção auto focada nos adolescentes com fobia social generalizada, na medida em que quando a primeira aumenta, a segunda aumenta também.

6) Nos adolescentes com fobia social generalizada maior recorrência a comportamentos de segurança revelou estar associada a mais elevada atenção auto focada.

7) A atenção auto focada está, contrariamente ao previsto inicialmente, associada à atenção focada no outro e no ambiente externo.

8) Os pensamentos automáticos revelam-se como dando o principal contributo na explicação da atenção auto focada (explicando o modelo 32% da variável dependente).

9) A atenção auto focada não parece desempenhar um papel preponderante na explicação da ansiedade social, sendo que os resultados parecem indicar que a recorrência a comportamentos de segurança tem importância fulcral na explicação desta variável (explicando o modelo 50% da variável dependente).

Concluindo, segundo o conjunto de estudos efetuados, a atenção auto focada parece, de facto, estar associada à ansiedade social e aos constructos relacionados com esta, de acordo com o modelo de Clark e Wells (1995), nomeadamente, aos comportamentos de segurança, aos pensamentos automáticos e à ativação fisiológica. No entanto, os mecanismos exatos através dos quais este fator cognitivo influencia e/ou é influenciado neste quadro clínico, assim como o contributo desta variável na manutenção e/ou exacerbação da ansiedade social permanecem por esclarecer.

**Limitações e direções futuras.** Julgamos que o facto da amostra ser reduzida poderá não ter permitido obter resultados mais robustos, pelo que este estudo deveria ser replicado numa amostra mais alargada. Além de mais, o facto de a amostra ser maioritariamente constituída por raparigas, aconselha a que a generalização dos resultados obtidos seja feita com alguma reserva.

Relativamente às medidas utilizadas é de sublinhar que a medida utilizada para operacionalizar a variável ativação fisiológica poderá não ter sido a mais adequada, uma vez que se constitui apenas por 5 subitens que avaliam a ativação fisiológica em situações sociais, sendo estes subitens

integrados num questionário de avaliação da ansiedade social (SPAI-B). Sendo assim, seria pertinente a criação de um instrumento de avaliação especificamente desta variável.

### **Contributos**

Um dos principais contributos deste estudo relaciona-se com a adaptação e estudo de um instrumento de avaliação, contribuindo para o aumento de um leque de instrumentos já existentes para os adolescentes portugueses. Concretamente consideramos que se trata de um instrumento útil, uma vez que permite a avaliação rápida e fidedigna da atenção auto focada na ansiedade social.

O segundo contributo deste estudo relaciona-se com um melhor conhecimento do modelo supracitado e, conseqüentemente, dos mecanismos envolventes na explicação e na manutenção da fobia social generalizada, nomeadamente numa população adolescentes. Consideramos por isso que os resultados deste estudo possam ter algumas implicações em termos clínicos, ainda que os resultados devam ser extrapolados com alguma reserva. Mais ainda, embora a atenção auto focada não tenha apresentado um papel fulcral na ansiedade social, julgamos existe alguma evidência para promover o uso de estratégias atencionais no tratamento da fobia social. Consideramos ainda como ponto forte deste estudo não só o facto de ser realizado com uma amostra de proveniência clínica, mas também a utilização de uma entrevista clínica para recolha de dados (não tendo estes sido obtidos apenas por instrumentos de auto resposta).

Esperemos que os dados da presente investigação tenham contribuído para uma melhor compreensão e para um avanço na intervenção na atenção auto focada na fobia social em adolescentes. Desejamos, ainda, que estes dados suscitem a curiosidade de investigadores por forma a continuar a investigação nos sentidos referidos.

### **Referências Bibliográficas**

- Almeida, L. & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação (6ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>rd</sup> ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> rev. ed.). Washington DC: Author.
- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade aos exames: Aplicação de Reações aos Testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia*, 1, 39-49.
- Baumeister, R. & Leary, M. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, vol.117, 3, 497-529. Doi: 0033-2909/95/S3.00
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Beidel, D., & Randall, J. (1994.) Social phobia. In T.H. Ollendick, N.J. King & W. Yule (Eds.). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 111-130). New York: Plenum Press.
- Beidel, D., Turner, S., & Morris, T. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D., Turner, S., Young, B., Ammermann, R., Sallee, F. & Crosby, L. (2007). Psychopathological of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathological. Behavior Assessment*, 29, 47-54.
- Bento, S.C. (2010). Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA) – características psicométricas. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Bögels, S., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856. Doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.005
- Bögels, S., Alberts, M., Jong, P. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21, 573-581. Doi: S0191-8869(96)00100-6
- Bögels, S., Mulkens, S. & De Jong, P. (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258. Doi: 1063-3995/97/040251
- Bögels, S., Rijsemus, W., & De Jong, P. (2002). Self-focused attention and social anxiety: the effects of experimentally heightened self-awareness on fear, blushing, cognitions, and social skills. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4), 461-472. Doi: 0147-5916/02/0800
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Caballo, V.E., Andrés, V. & Bas, F. (1997). *Fóbia Social: manual para el tratamiento cognitive-conductual de los transtornos psicológicos* (Vol. 1; pp. 25-50). Madrid: Siglo XXI.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837.
- Cunha, M. (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Cunha, M. (2005). *Ansiedade Social na adolescência: avaliação e trajetórias de desenvolvimento*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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.
- Cunha, M. & Salvador, M.C. (2000). Fobia Social na infância e adolescência. In J. Pinto-Gouveia (Ed.). *Ansiedade social: da timidez à fobia social* (pp.359-436). Coimbra: Quarteto.
- Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M.C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência. A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.
- Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Salvador, M.C., & Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: formas e contextos, (vol. VI)*, 553-564.
- Eifert, G. & Forsyth, J. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies self-consciousness, self-attention, and social interaction*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 75-86.
- Fenigstein, A. (1984). Self-consciousness and the overperception of the self as a target. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 860-870.
- Fenigstein, A. & Carver, C.S. (1978). Self-focusing effects of heartbeat feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 75-86.
- Fenigstein, A., Scheier, M. & Buss, A. (1975). Public and private self-consciousness: assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Foa, E.B., Franklin, M.E., Perry, K.J., & Herbert, J.D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433-439.
- Fontinho, A. & Salvador, M.C. (manuscrito não publicado). Questionário do *Focus* de Atenção (FAQ): estudo da dimensionalidade e das características psicométricas do FAQ para adolescentes da população portuguesa.

- Garcia-Lopez, L.J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C., Olivares, J. & Turner, S. (2008). Brief form of the social phobia and anxiety inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24 (3), 150-156. Doi: 10.1027/1015-5759.24.3.150
- Garcia-Lopez, L.J., Piqueras, J.A., Diaz-Castela, M.M., & Ingles, C.J. (2008). Social anxiety disorder in childhood and adolescents: current trends, advances, and future directions. *Psicologia Conductual/Behavioral Psychology*, 16, 501-533.
- 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.
- Glick, D.M. & Orsillho, S.M. (2011). Relationships among social anxiety, self-focused attention, and experiential distress and avoidance. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11 (1), 1-12.
- Herbert, J.D. & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. 189-212). New York: Springer.
- Hodson, K., McManus, F., Clark, D.M., & Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) cognitive model of social phobia be applied to young people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (4), 449-461. Doi: 10.1017/S1352465808004487
- Hofmann, S. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 717-725. Doi: S0005-7967 (99) 00105-9
- Hope, D. & Heimberg, R.G. (1988). Public and private self-consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment*, 52, 626-639.
- Hope, D.A., Gansler, D.A. & Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology. *Clinical Psychology Review*, 9, 49-60.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G. & Klein, J.F. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 185-195.
- Ingram, R. & Wisnicki, K. (1999). Situational specificity of self-focused attention in dysphoric states. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 625-636. Doi: 0147-5916/99/1200-0625
- Kimble, C.E. & Zehr, H.D. (1982). Self-consciousness, information load, self-presentation, and memory in a social situation. *Journal of Social Psychology*, 118, 39-46.
- Kingery, J., Erdley, C., Marshall, K., Whitaker, K. & Reuter, T. (2010). Peer experiences of anxious and socially withdrawn youth: an integrative review of the developmental and clinical literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 91-128.

- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.
- La Greca, A. (1998). *Manual and instructions for the Social Anxiety Scales for Children and for Adolescents*. University of Miami, Coral Glabbes, Florida.
- La Greca, A. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Mansell, W., Clark, D.M., & Ehlers, A. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: an investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 555-572. Doi: 10.1016/S0005-7967(02)00029-3
- March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Mattick, R.P. & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Marujo, H.M. (1994). Síndromas depressivos na infância e adolescência. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Matos, A.P., Salvador, M.C., Cherpe, S. & Oliveira (manuscrito não publicado). A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC): adaptação para a população adolescentes portuguesa.
- McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D. (2008). Why social anxiety persists: An experimental investigations of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 147-161. Doi: 10.1016/j.jbtep.2006.12.002
- Mellings, T. & Alden, L. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 243-257. Doi: S0005-7967(99)00040-6
- Montgomery, S. (1995). *Social Phobia: a clinical review*. WPA Social Phobia Task Force.
- Mor, N., & Winkist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 638-662. Doi: 10.1037//0033-2909.128.4.638
- Perowne, S. & Mansell, W. (2002). Social anxiety, self-focused attention, and the discrimination of negative, neutral and positive audience members by their non-verbal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 11-23.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo.

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Hamilton, J. & Nix, G. (1991). On the relationship between self-focused attention and psychological disorder: a critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 110, 538-543.
- Rao, P.A., Beidel, D.C., Turner, S.M., Ammerman, R.T., Crosby, L.E., & Sallee, F.R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191.
- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Saboonchi, F., & Lundh, L.G., & Öst, L.G. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 799-808.
- Salvador, M.C. (1997). *O processamento de informação na fobia social: o teste de Stroop modificado*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Salvador, M.C. (2009). *Ser eu próprio entre os outros: um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada*. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Salvador, M.C., Cunha, M., Pinto Gouveia, J., & Silva (artigo não publicado). *A Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA): Características psicométricas*.
- Salvador, M.C., Pinto Gouveia, J., & Bento, C. (artigo não publicado). *A Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA): Características psicométricas*.
- Saranson, I.G. (1984). Anxiety, self-preoccupation and attention. *Anxiety Research*, 1, 3-7.
- Schlenker, B. & Leary, M. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schreiber, F., Stangier, U., & Steil, R. (2010, Outubro). *The applicability of Clark & Wells' Cognitive Model of Social Phobia (1995) in socially anxious adolescents*. Poster apresentado no XL Congress of European Association for Behavioral & Cognitive Therapies, Milano.
- Schultz, L.T. & Heimberg, R.G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221. Doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.003
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, C.C. (2010). *A Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes – características psicométricas*. Tese 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). Teste-reteste 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.
- Sloan, D. (2005). It's all about me: self-focused attention and depressed mood. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 279-288. Doi: 10.1007/s10608-005-0511-1
- Smucker, M.R., Craighead, W.E., & Green, B.J. (1986). Normative and reliability data for the Children Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2<sup>nd</sup> Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stein, M.B. & Kean, Y.N. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal Psychiatry*, 157, 1606-1613
- Stopa, L., & Clark, D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Trower, P. & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S.M. & Beidel, D.C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R.M. (1992). Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Vicente, A.R. (2011). *O Reações aos Testes (RT): estudos de validação numa amostra de adolescentes portugueses*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Vieira, S. (2011). *O papel da Aceitação Experiencial na Ansiedade Social em Adolescentes*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Vieira, S., Salvador, M.C., Matos, A.P., Garcia-Lopez, L.J. & Beidel, D.C. (2011). Validação da versão breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI-B) para adolescentes na população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 32, 139-149.

- Velting, O.N. & Albano, A.M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 127-140.
- Wine, J. (1971). Test anxiety and direction of attention. *Psychological Bulletin*, 76, 92-104.
- 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 Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 335-342.
- Woody, S.R. (1996). Effects of Focus of Attention on Anxiety Levels and Social Performance of Individuals with Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69. Doi: 0021-843X/96
- Woody, S.R., Chambless, D.L., & Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of Social Phobia. *Behavioral Res. Therapy*, 35 (2), 117-129. doi: S0005-7967(96)00084-8
- Woody, S.R. & Rodriguez, B. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488. Doi: 0147-5916/00/0800-0473
- Wegner, D.M. & Giuliano, T. (1980). Arousal-induced attention to self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 719-726.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion – A clinical perspective*. London: Psychology Press
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social Phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.

# ANEXOS



## 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 \_\_\_\_\_

## Pedido de autorização aos Encarregados de Educação (Escolas)

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 pretendem 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 interação 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, em dois momentos distintos (um cerca de um mês após o outro), através do preenchimento de um conjunto de questionários. 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 de 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



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 “Ansiiedade 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)

## 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 autocriticismo, 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 reações:** \_\_\_\_\_

**Localidade (concelho e distrito):** \_\_\_\_\_

**Profissão:**

**Do pai** \_\_\_\_\_

**Da mãe** \_\_\_\_\_

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

Instrumentos

---

- Escala de Atenção Auto Focada (SFA)
  - Questionário do Focus de Atenção (FAQ)
  - Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA)
  - Escala de Ansiedade Social para adolescentes (SAS-A)
  - Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC)
  - Inventário de Depressão para Crianças (CDI)
  - Reacções aos Testes (RT)
- 

**Escala de Atenção Auto-Focada**

(Bögels, S., Alberts, M. & Jong, P., 1996)  
(Tradução e adaptação de Fontinho, A. & Salvador, M.C., 2011)

---

**Instruções:**

As perguntas seguintes referem-se àquilo a que prestas atenção quando estás numa situação social, ou seja, quando estás na presença de outras pessoas, principalmente quando te sentes desconfortável ou nervoso/ansioso nessa situação. Lê atentamente cada afirmação e faz um círculo no número que melhor descreve o que se passa contigo. Por favor, responde a todas as questões, mesmo que não tenhas a certeza, utilizando a seguinte escala:

**0=Nada 1=Um pouco 2=Moderadamente 3=Muito 4=Totalmente**

**Quando me sinto nervoso na presença de outras pessoas, estou constantemente a avaliar...**

1. quão tenso(a)/nervoso(a) me sinto.	0	1	2	3	4
2. se o meu coração está acelerado.	0	1	2	3	4
3. se sou suficientemente competente/bom em termos sociais.	0	1	2	3	4

## Questionário de *Focus de Atenção*

(Woody, S.R., Chambless, D.L. & Glass, C. 1995)  
(Tradução e adaptação de Fontinho, A. & Salvador, M.C., 2011)

---

### Instruções:

Este questionário tem como finalidade avaliar aquilo a que prestas atenção numa situação social, isto é, quando estás na presença de outras pessoas, principalmente se sentires desconforto ou nervosismo/ansiedade nessas situações. Para o preencher, recorda algumas situações sociais que, por qualquer motivo, foram difíceis para ti e avalia a tua reação típica às situações descritas. Por favor, responde a todas as questões, utilizando a seguinte escala:

**1=Nada 2=Um pouco 3=Moderadamente 4=Muito 5=Totalmente**

### Quando me senti nervoso na presença de outras pessoas...

1. estava focado(a) na aparência ou roupa da outra pessoa.	1	2	3	4	5
2. estava focado(a) nas características ou condições do ambiente físico que me rodeava (por exemplo, aspeto, temperatura).	1	2	3	4	5
3. estava focado(a) no que haveria de dizer ou fazer a seguir.	1	2	3	4	5

## EAESSA

(Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Salvador, M. C., & Alegre, S., 2004)

---

### Instruções:

Segue-se uma linha de situações em que as pessoas podem sentir desconforto e mal-estar, o que pode levar ao evitamento dessas situações. Assinala o grau de desconforto ou nervosismo e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas te provoca, escrevendo um número de **1 a 5**, segundo a escala abaixo indicada. Aponta, nas linhas em branco (35. e 36.) outras situações que te causam desconforto ou que evites mas que não estejam mencionadas. Se nunca te confrontaste com alguma das situações apresentadas, imagina o desconforto que sentirias se tivesses que o fazer.

**Sinto-me mal, nervoso:** 1= Nada 2= Pouco 3= Um bocado 4= Muito 5= Muitíssimo

**Evito:** 1= Nunca 2= Às vezes 3= Muitas vezes 4= Grande parte das vezes 5= Quase sempre

Situações Sociais	Sinto-me mal, nervoso	Evito
1. Comer em público (bar, cantina, restaurante, festa, etc.)		
2. Beber à frente de outras pessoas (bar, cantina, restaurante, festa, etc.)		
3. Ir a uma festa de um(a) colega		

**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

**MASC**

(March, J., Parker, J., Sullivan, K., Stallings, P. & Conners, C., 1997)

(Tradução e Adaptação: Cherpe, S., Matos, A.P., André, R. S., 2009)

**Instruções (1):**

Com este questionário pretendemos saber o que tens pensado, sentido ou feito recentemente. Para cada item, assinala, com **um círculo**, o número que indica com que frequência a afirmação é verdadeira sobre ti. Se a afirmação for frequentemente verdadeira sobre ti, assinala o número 3; se for verdadeira apenas algumas vezes sobre ti, assinala o número 2; se a afirmação for raramente verdadeira sobre ti, assinala o número 1; caso a afirmação nunca seja verdadeira para ti, assinala o zero (0). Lembra-te que não existem respostas certas ou erradas, responde apenas como te tens sentido recentemente.

Damos-te dois exemplos para ilustrar a forma como deves responder ao questionário. No exemplo A, se tu quase nunca tiveste medo de cães, assinala com um círculo o número 1, que significa que a afirmação raramente é verdadeira sobre ti. No exemplo B, se as trovoadas te perturbam algumas vezes, assinala com um círculo o número 2, que significa que a afirmação é algumas vezes verdadeira sobre ti.

	Nunca verdadeiro sobre mim	Raramente verdadeiro sobre mim	Às vezes verdadeiro sobre mim	Frequentemente verdadeiro sobre mim
Exemplo A: Tenho medo de cães	0	1	2	3
Exemplo B: As trovoadas perturbam-me	0	1	2	3

1. Sinto-me tenso ou nervoso.	0	1	2	3
2. Geralmente peço autorização para fazer alguma coisa.	0	1	2	3
3. Preocupo-me que os outros se riam de mim.	0	1	2	3

### 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.

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

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

2
<input type="checkbox"/> Nunca nada me vai correr bem.
<input type="checkbox"/> Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem.
<input type="checkbox"/> As coisas vão-me correr bem.

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

**1= Nada típico 2= Pouco típico 3= Típico 4 = Muito Típico**

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



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 \_\_\_\_\_

## Pedido de autorização aos Encarregados de Educação (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 de 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

**Instrumentos**

---

- Escala de Atenção Auto Focada (SFA) (apresentado no Anexo 6)
- Questionário do Focus de Atenção (FAQ) (apresentado no Anexo 6)
- Escala de Ansiedade Social para adolescentes (SAS-A) (apresentado no Anexo 6)
- Versão Breve do Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes (SPAI-B)
- Item 16 do SPAI-B
- Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA)
- Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA)
- Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C)

**SPAI – B**

(Garcia-Lopez, L. J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., Olivares, J. & Turner, S., 2008)  
(Tradução e Adaptação: Vieira, S. & Salvador, M. C. 2010)

---

**Instruções:**

Por favor, responde a cada frase o mais honestamente que consigas. Usa os seguintes números para indicar o quanto as frases são verdadeiras para ti. Faz um círculo à volta do número que melhor descreve como te sentes.

**1= Nunca 2= Poucas Vezes 3= Algumas Vezes 4 = Muitas Vezes 5 = Sempre**

1. Sinto-me nervoso/a quando estou numa situação social e começo a ser o centro das atenções	1	2	3	4	5
2. Sinto-me nervoso/a quando estou numa situação social e os outros esperam que eu participe nalguma actividade	1	2	3	4	5
3. Sinto-me nervoso/a quando tenho que falar em público	1	2	3	4	5

16. Nas situações sociais experiencio as seguintes sensações:					
16.1. Suor	1	2	3	4	5
16.2. Rubor (ficar corado/a)	1	2	3	4	5

## EPASSA

(Bento, C., Salvador, M.C., Cunha, M. & Pinto-Gouveia, J., em preparação)

---

### Instruções:

Segue-se uma lista de pensamentos que por vezes as pessoas têm nas situações sociais anteriormente indicadas. Por favor, avalia em relação às situações que te provocam desconforto, a frequência com que te ocorrem esses pensamentos, utilizando a resposta de **1 a 4**, abaixo indicada. Dado que as pessoas têm o mesmo tipo de pensamento numa forma ligeiramente diferente, podes reescrever o pensamento da forma que se ajustar melhor a ti.

**1= Nunca 2= Às vezes 3= Muitas vezes 4 = Quase sempre**

<b>Pensamentos Automáticos</b>	<b>Frequência</b>			
1. Não vou/estou a dizer nada de jeito	1	2	3	4
2. Vou ficar embaraçado(a)/envergonhado(a)	1	2	3	4
3. Tenho de me acalmar	1	2	3	4

## ECSSSA

(Silva, S., Salvador, M.C., Cunha, & Pinto Gouveia, J.)

---

### Instruções:

Em baixo, está indicada uma lista de comportamentos que frequentemente as pessoas utilizam em situações que lhes são desconfortáveis. Estes comportamentos, habitualmente chamados de comportamentos de segurança, representam formas das pessoas diminuírem ou evitarem aquilo que têm medo que aconteça e variam muito de pessoa para pessoa. Por favor, avalia a frequência com que utilizas esses comportamentos nas situações sociais que te provocam desconforto, utilizando a resposta de 1 a 4, abaixo indicada.

**1= Nunca 2= Às vezes 3= Muitas vezes 4 = Quase sempre**

<b>Comportamentos de Segurança</b>	<b>Frequência</b>			
1. Desvias ou evitas o olhar da pessoa com quem estás a falar	1	2	3	4
2. Falas muito rápido e quase sem pausas	1	2	3	4
3. Falas pouco, reduzindo ao mínimo o que tens para dizer	1	2	3	4

# Entrevista para as Perturbações de Ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C)

Versão para Crianças

Secção da ADIS-C referente à Fobia 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, por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costumavas sentir que as outras pessoas podem pensar que alguma coisa que tu fazas é estúpida ou palerma?**

Sim Não Outro

Sintoma

Se a resposta for “Sim”, deve colocar-se um V no círculo.

**1b. Quando estás em determinados lugares em que estejam outras pessoas, como, por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costumavas pensar que as outras pessoas se podem rir de ti?**

Sim Não Outro

Sintoma

Se a resposta for “Sim”, deve colocar-se um V no círculo.

**1c. Quando estás nestas situações com outras pessoas, costumavas preocupar-te com a possibilidade de fazeres qualquer coisa que te faça sentir envergonhado(a) ou embaraçado(a)?**

Sim Não Outro

Sintoma

Se a resposta for “Sim”, deve colocar-se um V no círculo.

Se houver uma ou mais respostas de “Sim” às questões 1a a 1c, deve colocar-se um V no diamante.

Critério

## Anexo 10

Médias, desvios-padrão, ANOVA's para verificação de diferenças e tamanho do efeito e teste de Tukey dos instrumentos utilizados no Estudo II, nos grupos FSG, OPA e N

**Quadro A.** Médias (M) e desvios-padrão (DP) das variáveis em estudo nos grupos FSG, OPA e N. Análises da variância (ANOVA's) para verificação das diferenças e tamanho do efeito. Teste de Tukey para as comparações post-hoc

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Tamanho do efeito	Post-Hoc
SAS-A	FSG	36	64.83	11.16				
	OPA	26	48.00	12.13	50.336	.00	.517	FSG>OPA>N
	N	35	36.91	12.18				
SPAI-B_Total	FSG	36	33.14	12.12				
	OPA	26	19.96	10.78	40.458	.00	.463	FSG>OPA>N
	N	35	11.39	7.36				
SPAI-B_16	FSG	36	2.49	.97				
	OPA	26	2.08	.73	15.356	.00	.246	FSG=OPA>N
	N	35	1.47	.56				
EAESSA_Ansiedade	FSG	36	95.56	23.28				
	OPA	26	63.04	19.66	47.712	.00	.504	FSG>OPA=N
	N	35	53.26	12.36				
EAESSA_Evitamento	FSG	36	85.56	27.15				
	OPA	26	58.27	15.28	25.370	.00	.351	FSG>OPA=N
	N	35	53.69	13.82				
EPASSA	FSG	36	70.64	17.26				
	OPA	26	54.19	15.17	32.313	.00	.407	FSG>OPA>N
	N	35	44.06	8.35				
ECSSSA	FSG	36	41.61	9.18				
	OPA	26	33.58	7.83	25.253	.00	.350	FSG>OPA>N
	N	35	28.66	5.84				
RT	FSG	36	2.42	.60				
	OPA	26	2.16	.64	14.880	.00	.240	FSG=OPA>N
	N	35	1.69	.47				
CDI	FSG	36	19.28	8.88				
	OPA	26	11.88	5.25	27.873	.00	.372	FSG>OPA>N
	N	35	7.83	4.11				

---

**Nota:** FSG=Fobia Social Generalizada; OPA=Outras Perturbações de Ansiedade; N=Sem psicopatologia; SAS-A= Escala de Ansiedade Social para adolescentes; SPAI-B Total= Versão Breve do Inventários de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes; SPAI-B Item 16= Item 16 – ativação fisiológica do SPAI-B; EAESSA Ansiedade= Subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA Evitamento= Subescala Evitamento da EAESSA; EPASSA= Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA=Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; RT= Reacções aos Testes; CDI=Inventário de Depressão para Crianças.

## Anexo 11

### Correlações entre todos os instrumentos utilizados no Estudo II

**Quadro B.** Correlações entre todos os instrumentos utilizados no Estudo II no grupo FSG (N=36)

		SFA_Total	SFA_comp.	SFA_ativ.	FAQ_ext.	SAS-A	SPAI-B	SPAI-B Item 16	EAESSA_ Ans.	EAESS A_Evit.	EPASSA	ECSSS A	RT	CDI
SFA_Total	Pearson	1	.879**	.943**	.448**	.258	.229	.414*	.220	.306	.453**	.412*	.240	.493**
	<i>p</i>	-	.000	.000	.006	.129	.178	.012	.197	.069	.006	.012	.158	.002
SFA_comp.	Pearson	.879**	1	.669**	.438**	.116	.043	.258	.129	.272	.292	.268	.167	.294
	<i>p</i>	.000	-	.000	.008	.501	.804	.128	.454	.109	.084	.114	.330	.082
SFA_ativ.	Pearson	.943**	.669**	1	.391*	.321	.327	.465**	.252	.287	.501**	.455**	.258	.562**
	<i>p</i>	.000	.000	-	.018	.057	.052	.004	.138	.090	.002	.005	.129	.000
FAQ_ext.	Pearson	.448**	.438**	.391*	1	.363*	.214	.308	.252	.292	.528**	.469**	.414*	.326
	<i>p</i>	.006	.008	.018	-	.029	.209	.068	.138	.085	.001	.004	.012	.052
SAS-A	Pearson	.258	.116	.321	.363*	1	.649**	.457**	.459**	.380*	.566**	.691**	.300	.398*
	<i>p</i>	.129	.501	.057	.029	-	.000	.005	.005	.022	.000	.000	.076	.016
SPAI-B	Pearson	.229	.043	.327	.214	.649**	1	.592**	.696**	.575**	.604**	.638**	.534**	.496**
	<i>p</i>	.178	.804	.052	.209	.000	-	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.002
SPAI-B Item 16	Pearson	.414*	.258	.465**	.308	.457**	.592**	1	.340*	.333*	.444**	.562**	.522**	.555**
	<i>p</i>	.012	.128	.004	.068	.005	.000	-	.043	.047	.007	.000	.001	.000
EAESSA_Ans.	Pearson	.220	.129	.252	.252	.459**	.696**	.340*	1	.862**	.372*	.520**	.335*	.302
	<i>p</i>	.197	.454	.138	.138	.005	.000	.043	-	.000	.025	.001	.046	.073

		SFA_Total	SFA_comp.	SFA_ativ.	FAQ_ext.	SAS-A	SPAI-B	SPAI-B Item 16	EAESSA_ Ans.	EAESS A_Evit.	EPASSA	ECSSS A	RT	CDI
EAESSA_Evit.	Pearson	.306	.272	.287	.292	.380*	.575**	.333*	.862**	1	.440**	.611**	.244	.324
	<i>p</i>	.069	.109	.090	.085	.022	.000	.047	.000	-	.007	.000	.152	.054
EPASSA	Pearson	.453**	.292	.501**	.528**	.566**	.604*	.444**	.372*	.440**	1	.666**	.492**	.487**
	<i>p</i>	.006	.084	.002	.001	.000	.000	.007	.025	.007	-	.000	.002	.003
ECSSSA	Pearson	.412*	.268	.455**	.469**	.691**	.638**	.562**	.520**	.611**	.666**	1	.418*	.532**
	<i>p</i>	.012	.114	.005	.004	.000	.000	.000	.001	.000	.000	-	.011	.001
RT	Pearson	.240	.167	.258	.414*	.300	.534**	.522**	.335*	.244	.492**	.418*	1	.523**
	<i>p</i>	.158	.330	.129	.012	.076	.001	.001	.046	.152	.002	.011	-	.001
CDI	Pearson	.493**	.294	.562**	.326	.398*	.496**	.555**	.302	.324	.487**	.532**	.523**	1
	<i>p</i>	.002	.082	.000	.052	.016	.002	.000	.073	.073	.003	.001	.001	-

**Nota:** FSG=Fobia Social Generalizada; SFA\_Total= Total da Escala de Atenção Auto Focada; SFA\_comp.= Fator de Atenção Focada no Comportamento da SFA; SFA\_ativ.= Subescala de Atenção Focada na Ativação Fisiológica da SFA; FAQ\_ext.= Fator de Atenção Focada no Outro e no Ambiente Externo do Questionário do Focus de Atenção; SAS-A= Escala de Ansiedade Social para adolescentes; SPAI-B Total= Versão Breve do Inventários de Ansiedade e Fobia Social para Adolescentes; SPAI-B Item 16= Item 16 – ativação fisiológica do SPAI-B; EAESSA Ansiedade= Subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA Evitamento= Subescala Evitamento da EAESSA; EPASSA= Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; ECSSSA=Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; RT= Reações aos Testes; CDI=Inventário de Depressão para Crianças.