



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Fobia Social na Adolescência: o Impacto e Prevalência de uma Perturbação Silenciosa

Ana Raquel da Cruz Carvalho (e-mail: anaraquelcarvalho2@gmail.com)

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

Fobia Social na Adolescência: o Impacto e Prevalência de uma Perturbação Silenciosa

Resumo

Não obstante a crescente investigação sobre os aspetos epidemiológicos e clínicos da fobia social, existe ainda uma escassez de informação sobre esta perturbação na adolescência. A presente investigação teve como objetivo principal estudar o impacto da fobia social generalizada (FSG) nas várias áreas de vida (académica, social e afetiva) e a sua comorbilidade numa amostra clínica de adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. Para além disso, foram feitas comparações entre este grupo e uma amostra de adolescentes com outras perturbações de ansiedade e sem qualquer perturbação. Num terceiro estudo, foi estudada a prevalência de adolescentes com ansiedade social elevada recorrendo a uma amostra da população geral de várias escolas públicas.

Os resultados obtidos corroboram a associação entre FSG e uma interferência e impacto marcado na vida do adolescente, principalmente nas relações interpessoais. Para além disso, constatámos que os jovens com maiores níveis de ansiedade social se percecionavam como tendo menor qualidade de vida. A maioria dos adolescentes com FSG apresentou condições comórbidas, sendo a fobia específica e a perturbação de ansiedade generalizada as mais frequentes. Adicionalmente, na maioria dos casos, a FSG precedeu o aparecimento das condições comórbidas. Confirmámos ainda, com o estudo de comparação entre grupos clínicos, que estas perturbações têm um impacto significativo na vida dos adolescentes e que estes grupos não se distinguem entre si, quer na interferência e comorbilidade da perturbação quer na qualidade de vida, embora o grupo FSG apresente uma interferência mais marcada nas relações interpessoais e contexto académico. No estudo de prevalência verificámos que 4% dos adolescentes da amostra de população geral manifestavam ansiedade social elevada.

Desta forma, concluímos que tendo em conta as características clínicas e forte impacto da fobia social, estudadas nesta investigação, esta perturbação deve ser encarada como um problema sério de saúde mental digna de um maior reconhecimento e investimento na prevenção, identificação e tratamento.

Palavras chave: fobia social, perturbações de ansiedade, impacto, comorbilidade, qualidade de vida.

Social Anxiety Disorder in Adolescence: Impact and Prevalence of a Silent Disorder

Abstract

Despite the increasing research of epidemiological and clinical aspects of social phobia, there is still a lack of information about this disorder in adolescence. So this research aimed to study the impact of generalized social phobia (GSF) in different aspects of daily life (academic, social and affective) and their comorbidity in a clinical sample of Portuguese adolescents, aged between 14 and 18 years. In addition, we compared this group with a sample of adolescents with other anxiety disorders and a non clinical sample. In a third study, we evaluated the prevalence of adolescents with high social anxiety, using a sample of the general population of some public schools.

The results corroborate the association between GSF and a large impact in the lives of teenagers with this disorder, especially in interpersonal relationships. In addition, we found that the adolescents with higher levels of social anxiety perceive themselves as having lower quality of life. Most of them also presented comorbid conditions especially with specific phobias and generalized anxiety disorder. Additionally, in most cases, GSF preceded the appearance of comorbid conditions. We also confirmed, with the comparison study between clinical groups, that these disorders have a significant impact on the adolescent's lives, and that these groups did not differ from each other in either interference, comorbidity and quality of life, in spite of the group with GSF presented a more marked interference in interpersonal relationships and academic context. In the prevalence study we found that 4% of adolescents in the general population sample show high levels of social anxiety.

So, we conclude that taking into account the clinical characteristics and strong impairment of social phobia studied in this investigation, this disorder should be seen as a serious mental health problem, worthy of greater recognition and investment in prevention, identification and treatment.

Key Words: social phobia, anxiety disorders, impairment, comorbidity, quality of life.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Pinto-Gouveia, pelos ensinamentos, pelo espírito crítico e partilha de experiências,

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, orientadora desta dissertação, por ser um modelo a seguir como pessoa e profissional, pela transparência e pela paixão que coloca naquilo que faz. O meu enorme e sincero obrigado por todo apoio e incentivo, pela incansável disponibilidade, energia e boa disposição, pelo espírito crítico, rigor e partilha de saber que tornou o trabalho ao longo do ano uma experiência tão enriquecedora a nível pessoal e académico,

A todos os profissionais de saúde, de educação e psicólogos das instituições públicas de saúde, instituições de ensino e clínicas privadas de psicoterapia que colaboraram na recolha da amostra,

A todos os adolescentes que participaram na investigação,

À Andreia e à Soraia, pela entreatajuda e trabalho de equipa, pelas angústias partilhadas e palavras de incentivo,

À Maria João e à Sandra, pela ajuda preciosa e partilha de experiências,

Aos meus pais, a quem dedico este trabalho, agradeço-lhes pelo amor inquestionável, o apoio e força constante, os grandes sacrifícios e compreensão pelas minhas ausências,

À minha família por nunca ter duvidado que eu seria capaz,

Aos amigos de sempre, e aos amigos “de Coimbra” por serem uma segunda família para mim ao longo dos últimos cinco anos,

Finalmente, ao Paulo, pelo olhar positivo com que encara a vida, por me fazer rir mesmo nos piores momentos, pelo carinho, apoio que tornaram este desafio muito mais fácil de encarar,

A todos, um muito obrigado!

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
1.1. Caracterização da fobia social na adolescência	2
1.1.1. Definição	2
1.1.2. Manifestações clínicas	2
1.1.3. Dados epidemiológicos	3
1.2. Impacto da fobia social em adolescentes	5
1.2.1. Ansiedade social e as relações com os pares	5
Evitamento social	5
Relações problemáticas	6
1.2.2. Ansiedade de avaliação e desempenho escolar	7
1.2.3. Consequências da fobia social para a vida adulta	8
1.2.4. Qualidade de vida nas perturbações de ansiedade	9
1.3. Fobia social e perturbações comórbidas	10
1.4. Importância do estudo da fobia social e sua divulgação	12
II - Objetivos e hipóteses	14
2.1. Estudo I: Impacto e comorbilidade na Fobia Social Generalizada	14
2.1.1. Impacto	14
2.1.2. Comorbilidade de distúrbios mentais na amostra de fobia social generalizada	15
2.2. Estudo II: Comparação entre grupos: fobia social, outras perturbações de ansiedade e ausência de patologia - impacto e comorbilidade	15
2.2.1. Comparação dos grupos no impacto da perturbação	16
2.2.2. Comorbilidade de distúrbios mentais nas amostras clínicas	16
2.3. Estudo III: Prevalência da ansiedade social elevada em indivíduos da população geral	16
III - Estudo I: Impacto e Comorbilidade na Fobia Social Generalizada (FSG)	17
3.1. Metodologia	17
3.1.1. Amostra	17
3.1.2. Instrumentos	18
3.1.3. Procedimentos	22
3.2. Resultados	23
3.2.1. Impacto	23
3.2.1.1. Fobia social e percepção da interferência nas várias áreas de vida	23
3.2.1.2. Fobia social e a qualidade de vida	25
3.2.1.3. Fobia social generalizada e relações interpessoais	26
3.2.1.5. Concordância interavaliadores relativamente à interferência da fobia social generalizada	27
3.2.2. Comorbilidade	28
3.2.2.1. Comorbilidade da FSG com outras perturbações mentais	

-----	28
3.2.2.2. FSG e consumo de substâncias-----	29
3.2.2.3. FSG precedendo outros diagnósticos comórbidos-----	29
3.2.2.4. FSG com e sem comorbilidade: diferenças na interferência e qualidade de vida-----	29
IV – Estudo II: Comparação entre grupos: fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e ausência de patologia - impacto e comorbilidade -----	31
4.1. Metodologia 31	
4.1.1. Amostra -----	31
4.1.2. Instrumentos -----	32
4.1.3. Procedimentos -----	33
4.2. Resultados 33	
4.2.1. Comparação dos dois grupos clínicos no impacto da perturbação-----	33
4.2.1.1. Comparação dos dois grupos clínicos relativamente à interferência das perturbações-----	33
4.2.1.2. Comparação dos três grupos relativamente à qualidade de vida -----	34
4.2.1.3. Comparação dos três grupos nas relações interpessoais -----	35
4.2.1.4. Comparação dos três grupos no contexto académico-	37
4.2.2. Comparação dos grupos em relação à comorbilidade ---	38
4.2.2.1. Comparação dos dois grupos clínicos relativamente à comorbilidade com outras perturbações mentais -----	38
4.2.2.2. Comparação dos dois grupos clínicos relativamente ao impacto derivado da comorbilidade -----	39
4.2.2.3. Comparação dos três grupos relativamente ao consumo de substâncias -----	40
V – Estudo III: Prevalência da ansiedade social elevada em indivíduos da população geral-----	41
5.1. Metodologia 41	
5.1.1. Amostra -----	41
5.1.1.1. Características demográficas -----	41
5.1.2. Instrumentos -----	42
5.1.3. Procedimentos -----	42
5.2. Resultados 43	
5.2.1. Ansiedade social elevada em adolescentes da população geral -----	43
5.2.2. Ansiedade de desempenho elevada em adolescentes da população geral -----	44
VI – Discussão 45	
VII – Conclusões-----	56
Bibliografia-----	59
Anexos -----	68

Lista de quadros

Quadro 1. Características gerais da amostra clínica de indivíduos com fobia social: gênero, idade e ano de escolaridade. -----	18
Quadro 2. Médias e desvio-padrão das variáveis relativas à percepção da interferência da perturbação no dia a dia do adolescente. -----	24
Quadro 3. Correlações entre a ansiedade social (EAESSA) e ansiedade aos testes (RT), e a interferência da ansiedade social nas várias áreas de vida. -----	24
Quadro 4. Correlações de ansiedade social (EAESSA), ansiedade aos testes (RT) e a interferência da fobia social, com a qualidade de vida (kidscreen-27). -----	25
Quadro 5. Número de amigos dos sujeitos comparativamente aos colegas. -----	26
Quadro 6. Distribuição do número de reprovações e risco de reprovar no grupo FSG. -----	27
Quadro 7. Médias e desvios-padrão da percepção de interferência da FSG avaliada pelos adolescentes e respetivos pais, através da SDS-SP. -----	28
Quadro 8. Distribuição do número e tipo de diagnósticos comórbidos no grupo FSG. -----	28
Quadro 9. Distribuição das medidas relacionadas com a interferência da fobia social pelos grupos de FSG com e sem comorbidade. Teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças -----	30
Quadro 10. Distribuição das medidas de qualidade de vida pelos grupos de FSG com e sem comorbidade. Teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças. -----	30
Quadro 11. Distribuição dos grupos por diagnóstico principal.-----	31
Quadro 12. Distribuição dos grupos por gênero. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças -----	32
Quadro 13. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades dos grupos em estudo. ANOVA para verificação das diferenças-----	32
Quadro 14. Médias (M) e desvios-padrão (DP) da escolaridade dos grupos em estudo. ANOVA para verificação das diferenças-----	32
Quadro 15. Médias (M) e desvios-padrão (DP) da interferência das perturbações nos dois grupos clínicos. Teste t-student para verificação das diferenças. -----	34
Quadro 16. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com a qualidade de vida em função dos três grupos em estudo. Análise da Variância (ANOVA) para verificação das diferenças. Testes post hoc de Tukey para localização das diferenças.-----	34
Quadro 17. Distribuição dos grupos em estudo por quantidade de amigos. Qui-quadrado de Pearson para verificação de diferenças.-----	36
Quadro 18. Distribuição dos grupos em estudo relativamente ao envolvimento em atividades extracurriculares em grupo. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças.-----	37
Quadro 19. Distribuição dos grupos em estudo relativamente às variáveis sobre o contexto académico. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças. -----	38

Quadro 20. Distribuição dos grupos em estudo pelo número de diagnósticos comórbidos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças. ---	38
Quadro 21. Distribuição dos grupos em estudo pelo tipo de diagnósticos comórbidos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças. ---	39
Quadro 22. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com a interferência em função da comorbilidade dos dois grupos clínicos, através de T-student para verificação das diferenças. -----	39
Quadro 23. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com a qualidade de vida em função da comorbilidade dos dois grupos clínicos, através de T-student para verificação das diferenças. -----	40
Quadro 24. Distribuição dos grupos em estudo pelo consumo de substâncias. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças. --	40
Quadro 25. Características gerais da amostra: género, idade e ano de escolaridade.-----	41

Introdução

A partir da década de 80, a perturbação de ansiedade social, também designada de fobia social, foi alvo de numerosa investigação na população adulta, mostrando não só que é a terceira perturbação mental mais frequente, como também que está associada a sérias limitações da vida académica, social e profissional (Albano & Detweiler, 2001). É a perturbação com maior prevalência na adolescência (Albano & Detweiler, 2001; Gren-Landell, Tillfors, Furmark, Bohlin, Andersson & Svedin, 2009), frequentemente com um curso crónico (Albano & Detweiler, 2001; Beidel, 1998; Furmark, 2002), associada a várias dificuldades psicossociais (American Psychiatric Association, 2002; Albano et al, 1995; Beidel and Turner, 1998; La Greca & Lopez, 1998; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999), com elevada comorbilidade e a causando um impacto negativo na vida do indivíduo. Contudo, é com frequência incorretamente avaliada e subdiagnosticada, não merecendo, por isso, muitas vezes, intervenção terapêutica (Schneier, Johnson, Christopher, Liebowitz & Weissman, 1992; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000).

Não obstante o investimento de investigação da fobia social na adolescência, existe ainda uma escassez de informação, quando comparada com a disponível em relação a adultos. Com o elevado número de adolescentes a experienciarem este fenómeno e a evidência das consequências negativas, os esforços de investigação para aumentar a compreensão nesta área são imperativos (Sweeney & Rapee, 2001).

Em Portugal, do nosso conhecimento, existem apenas dois estudos que abordam o impacto da ansiedade social na adolescência. Cunha (2005) avaliou a interferência da ansiedade social numa amostra de população geral, e Salvador (2009) avaliou o impacto psicossocial da fobia social numa amostra clínica, embora reduzida. Deste modo, facilmente se reconhece a importância de uma investigação mais aprofundada sobre o impacto da fobia social na qualidade de vida do adolescente. Assim sendo, a presente dissertação contempla, em primeiro lugar, compreender o grau em que a fobia social interfere no quotidiano de uma amostra clínica de adolescentes portugueses, em várias áreas, nomeadamente: académica, social e afetiva. Em segundo lugar, e uma vez que são relativamente escassos os estudos que examinaram diferenças na qualidade de vida entre a fobia social e outras perturbações de ansiedade (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007), num segundo estudo pretendemos comparar um grupo de adolescentes com fobia social com um grupo com outras perturbações de ansiedade entre si e com outro grupo sem qualquer quadro psicopatológico. No terceiro estudo, o nosso objetivo constituiu em estudar a prevalência de adolescentes portugueses com ansiedade social elevada.

Evidencia-se, assim, a importância destes estudos numa área como a fobia social, digna de um maior investimento em investigação, prevenção e tratamento, com vista a uma maior sensibilização da população em geral e dos profissionais de saúde e educação em particular, relativamente à sua existência e forte impacto negativo desta perturbação.

Este trabalho está dividido em sete capítulos. O primeiro capítulo consiste na revisão da literatura, incluindo a caracterização da fobia social na infância e adolescência, informação acerca do impacto desta perturbação na adolescência e a comorbilidade na fobia social. A primeira parte termina com o tópico 4, que apresenta, resumidamente, a importância desta investigação no âmbito da fobia social na adolescência.

Do segundo ao sétimo capítulo, apresenta-se a investigação propriamente dita, consistindo nos objetivos e hipóteses dos três estudos que a compõem, apresentação dos resultados, discussão dos resultados encontrados e conclusões.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Caracterização da fobia social na adolescência

1.1.1. Definição

A ansiedade social, embora constitua uma experiência normal que oscila ao longo do desenvolvimento do indivíduo, pode também tornar-se numa experiência duradoura de grande desconforto e desgaste emocional. De facto, a perturbação de ansiedade social tem vindo a ser definida como o medo marcado e persistente sentido em situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo julga estar a ser avaliado, observado e/ou julgado por outros. O sujeito teme comportar-se de uma forma que pareça desajustada, ridícula ou que seja de qualquer outra forma avaliada negativamente pelo(s) outro(s) com quem está a interagir ou que o estão a observar. O evitamento, a ansiedade antecipatória e os sintomas podem ser de tal forma intensos que interferem significativamente com a rotina normal do indivíduo, com o seu funcionamento ocupacional (ou académico), com as atividades ou relações sociais, gerando sofrimento clínico significativo (APA, 2002). Para as crianças e os adolescentes, a duração dos sintomas é crucial para a distinção entre a timidez transitória, que pode caracterizar crianças e adolescentes no seu desenvolvimento, e disfunção psicológica. Assim, para jovens com menos de 18 anos, a duração dos sintomas deve ser de, no mínimo, seis meses (APA, 2002).

1.1.2. Manifestações clínicas

As situações sociais geradoras de ansiedade e desconforto podem ser numerosas e variadas (Beidel, Turner & Morris, 1999). A escola é, naturalmente, uma das áreas onde é habitual as crianças e adolescentes com fobia social evidenciam problemas. Entre os mais comuns, incluem-se recetar falar na turma em frente aos colegas, apresentação oral de trabalhos, ir ao quadro, comer na cantina, participar nos jogos, fazer trabalhos de grupo. Fora da escola, estes jovens podem sentir dificuldades em todas aquelas situações que impliquem um desempenho em público ou interação com os outros, como por exemplo, encontrar-se com alguém do sexo oposto, ir a uma festa, comer num restaurante, conhecer pessoas novas, etc. (Albano, DiBartolo, Heimberg & Barlow, 1995; Cunha, 2005; Cunha & Salvador,

2000; Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Hofmann, Albano, Heimberg, Tracey, Chorpita, & Barlow, 1999). Como consequência, os indivíduos com fobia social podem, então, evitar estas situações, devido ao elevado desconforto e ansiedade que experienciam, ou confrontarem-se com as mesmas com um intenso mal-estar e desgaste emocional (APA, 2002).

A expressão clínica da fobia social caracteriza-se por uma resposta emocional intensa, recorrente e persistente, com influência no comportamento social do indivíduo (Cunha, 1996). Em termos comportamentais, os adolescentes tendem a reduzir contactos sociais e a evitar ser o centro das atenções, a adotar uma postura rígida, a baixar a cabeça, roer as unhas, mexer nas mãos e falar baixinho (Albano et al, 1995). Para além disso, têm pensamentos caracterizados por uma avaliação negativa e depreciativa de si acompanhados por uma variedade de sintomas e sensações vegetativas (Albano et al, 1995), tais como palpitações, transpiração, rubor facial e dores de cabeça (Beidel et al, 1999).

Habitualmente, os indivíduos com fobia social generalizada recebem a maioria das situações de interação social e situações de desempenho (subtipo generalizado), mas há aqueles que recebem apenas uma ou duas situações ou contextos sociais específicos (habitualmente designados de forma diversa por diferentes autores como "subtipo não-generalizado", "específico" ou "circunscrito") (APA, 2002; Pinto-Gouveia, 2000). Há autores que sugerem que o subtipo generalizado representa uma forma mais grave de fobia social, de início mais precoce e com maior interferência no funcionamento na vida diária, que o tipo não-generalizado (Cunha, 2005; Hofmann et al, 1999; Wittchen et al., 1999).

1.1.3. Dados epidemiológicos

Diferentes estudos epidemiológicos em diferentes países têm encontrado taxas de prevalência da ansiedade social entre os 2% e os 22.6% na população adulta. Tal discrepância de valores poderá representar diferenças culturais, mas também diferenças relacionadas com os critérios utilizados (nomeadamente o sistema de classificação DSM ou ICD), ou com os instrumentos utilizados (Furmark, 2002)¹. Vários estudos demonstram elevada prevalência da fobia social em adolescentes (Albano & Detweiler, 2001; Gren-Landell, et al, 2009; Hayward, Wilson, Lagle, Kraemer, Killen & Taylor, 2008) com taxas de prevalência na população geral entre 1% e 13% (APA, 2002; Costello, Egger, and Angold, 2004).

Atualmente, a fobia social é o transtorno mais diagnosticado no contexto clínico durante esta fase da vida (Albano & Detweiler, 2001), com estudos recentes que encontraram uma taxa de prevalência de 12% (Inglés, Piqueras, García-Fernández, Garcia-Lopez, Delgado & Rui-Esteban, 2011; Kessler, Berglund, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Kessler, Chiu,

¹ Não é demais lembrar que os estudos que avaliam a ocorrência da perturbação num intervalo pequeno (atual ou intervalo de 3 meses) apresentam taxas de prevalência mais baixas, e que o critério de avaliação ao longo da vida sobre amostras com indivíduos mais velhos gera estimativas mais altas.

Demler & Walters, 2005). Num estudo longitudinal com 3021 sujeitos (14 a 24 anos), a prevalência da fobia social ao longo da vida foi de 9,5% para as mulheres e 4,9% para os homens, com cerca de um terço dos indivíduos com fobia social generalizada (Wittchen, H.-U., Stein, M. B. & Kessler, R. C., 1999).

Estimativas da prevalência na população portuguesa sugerem que entre 1.1% a 41% da população geral experiencia algum grau de desconforto ou ansiedade em situações sociais ou de desempenho (Cunha, Soares, & Pinto-Gouveia, 2008). Dados nacionais reportam que numa amostra não clínica adolescente, cerca de 51.7% dos sujeitos referem sentir ansiedade significativa em pelo menos um tipo de situação social, que interfere, ainda que de forma restrita, na sua vida familiar, social e escolar. Destes, apenas 3.6% poderiam cumprir critérios de diagnóstico para perturbação clínica (Cunha, 2005; Cunha, Pinto-Gouveia, & Soares, 2007). De facto, o número de indivíduos que admitem medos sociais intensos em uma ou mais situações sociais é muito maior do que o número de indivíduos que cumprem os critérios para diagnóstico de perturbação de ansiedade social e procuram ajuda clínica para as dificuldades subsequentes (Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Furmark, 2002). Assim, pode falar-se de uma vivência quotidiana normativa de sintomas ansiosos em eventos sociais, de uma expressão sub-clínica de ansiedade social e, finalmente, da sua expressão clínica ou psicopatológica na forma de perturbação de ansiedade social (Rapee & Spence, 2004). Por isso mesmo, é importante atender à ansiedade social considerando os vários níveis em que se pode manifestar (Furmark, 2002).

Vários estudos apontam uma prevalência maior de transtorno de ansiedade social nos sujeitos do sexo feminino (APA, 2002; Beesdo, Bittner, Pine, Stein, Höfler, Lieb, & Wittchen, 2007; Essau et al, 1999; Wittchen, 1999), embora pareça ter maior interferência para o sexo masculino, a julgar pela evidência de que são estes últimos quem mais pede ajuda clínica (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Fehm, Beesdo, Jacobi & Fiedler, 2008; Fernandes & Terra, 2008; Furmark, 2002), provavelmente por motivos culturais (Sweeney & Rapee, 2001).

Alguns estudos epidemiológicos demonstraram que este transtorno de ansiedade tem o seu início mais frequentemente a meio da adolescência e apresenta um curso crónico (Beesdo, Knappe, & Pine, 2011; Beesdo et al, 2007; Beidel et al, 2001; Schneier et al., 1992; Wittchen, 2009). Existem, também dados que indicam que crianças de 8 anos podem apresentar sintomas desta perturbação (Beidel & Turner, 2007; Beidel et al, 1999). Para além disso, tem-se revelado uma tendência para esta condição clínica aumentar com a idade (Essau et al., 1999; Wittchen et al., 1999), aumentando também a probabilidade do jovem sofrer de um transtorno comórbido (Fehm et al, 2008).

A recuperação espontânea é rara e muitos jovens diagnosticados com fobia social experienciam problemas de adaptação graves e a longo prazo, incluindo insucesso escolar, dificuldades nos relacionamentos e perturbações de humor concomitantes (Beidel & Turner, 1998), que podem permanecer apesar da remissão dos sintomas.

O objetivo, neste primeiro capítulo, foi traçar o estado de arte da fobia social, abordando aspetos como o diagnóstico, manifestações clínicas e prevalência. De seguida, será analisado o impacto deste quadro clínico na adolescência limitando, tanto quando possível, a sua análise à adolescência.

1.2. Impacto da fobia social em adolescentes

Como sabemos, apesar da ansiedade social ser, na maioria dos adolescentes, temporária e sem consequências significativas, quando experienciada em níveis mais elevados, pode comprometer vários domínios da vida do adolescente. A descrição do impacto das dificuldades associadas à ansiedade social circunscrever-se-á às relações com os pares e ao contexto académico, não obstante a extensa literatura sobre outras áreas que podem também apresentar interferência (e.g. família e adultos não familiares).

1.2.1. Ansiedade social e as relações com os pares

À medida que os adolescentes se desenvolvem, as relações com os pares tornam-se cada vez mais importantes e centrais para o seu autoconceito (Furman & Buhrmester, 1992), sendo a aceitação pelos grupos de pares na adolescência muito importante. Os adolescentes são confrontados com uma série de situações novas e desempenho de novos papéis que, compreensivelmente, os deixam inseguros diminuindo, por sua vez, a sua confiança em conseguir causar a impressão desejada. É por isso que a adolescência é frequentemente apontada como o período de vida mais difícil em termos de experiências de ansiedade social (Cunha & Salvador, 2000), constituindo o período mais vulnerável para o início da fobia social (Beesdo, 2007). As competências necessárias para manter conversas podem tornar-se particularmente importantes para estabelecer e manter amizades durante os primeiros anos da adolescência. A ansiedade social pode ser particularmente prejudicial para esse tipo de interação social, com sentimentos de ansiedade e pensamentos intrusivos que podem interferir com o foco de atenção na situação e, assim, atrapalhar o desempenho da mesma (Albano & Detweiler, 2001; Rapee & Heimberg, 1997). A ansiedade no contexto das interações sociais pode ser definida como uma dificuldade extrema em iniciar e manter conversas com amigos, estranhos, ou potenciais pares amorosos. Mais especificamente, estas dificuldades caracterizam-se por preocupações excessivas com a possibilidade de ser estúpido, não saber o que dizer ou como agir em situações sociais, e preocupações com as suas eventuais consequências, como ser ignorado, criticado ou ridicularizado, podendo mesmo levar ao evitamento destas situações (Albano & Detweiler, 2001).

Como iremos verificar de seguida, níveis elevados de ansiedade social têm um impacto negativo no funcionamento interpessoal e na perceção das amizades e do suporte social (La Greca e Lopez, 1998).

Evitamento social

Vários estudos revelam que os jovens com fobia social apresentam um uso ineficaz de estratégias de *coping* e preferem estratégias de evitamento e

estratégias não-assertivas para lidar com as situações sociais temidas (Beidel et al., 1999). Estas estratégias, embora proporcionem um alívio emocional imediato, podem minar a eficácia social.

Na adolescência, o evitamento ativo pode consistir em evitar participar em conversas, em desportos, falar alto para a turma, ou juntar-se a um grupo social ou académico (Albano & Detweiler, 2001). Por outro lado, o evitamento passivo caracterizado pelos comportamentos de segurança, tem como objetivo permitir estar na situação social, embora tentando controlá-la (e.g., usar muita maquilhagem, não olhar nos olhos, colocar o cabelo na face para esconder o rubor). No entanto, estas estratégias revelam-se, elas próprias, disfuncionais uma vez que estão centradas na emoção, em vez de resolver os problemas que causam ansiedade (Caballo, Salazar, Irutia, Arrias y Guillén, 2010).

Jovens com fobia social afirmam que os acontecimentos stressantes ocorrem na maioria dos dias, com níveis de ansiedade elevados, e resultam em subsequente evitamento social (Beidel et al., 1999). Compreende-se assim, que a manifestação de um comportamento ativo de evitamento de uma larga gama de situações do dia a dia seja uma das características centrais da fobia social. Esta inibição comportamental e isolamento social podem prejudicar a capacidade dos adolescentes para estabelecer com sucesso relações próximas com os seus pares, verificando-se até que os jovens com fobia social têm redes sociais mais pobres, com menos amigos (Bernstein et al, 2008; La Greca and Lopez, 1998; Rao et al. 2007) e amizades próximas de pior qualidade comparativamente a adolescentes não ansiosos (La Greca and Harrison, 2005; La Greca and Lopez, 1998).

Sabe-se, também, que os comportamentos de evitamento parecem aumentar com a idade (Essau et al, 1999), e que o isolamento social representa um risco elevado de desenvolver uma perturbação depressiva (Stein et al, 2001).

Relações problemáticas

Como já foi supramencionado, a ansiedade social pode contribuir para inibir interações sociais positivas e reduzir oportunidades sociais (Siegel et al., 2009). Aliás, segundo alguns autores, crianças e adolescentes que preenchem critérios para fobia social recebem efetivamente menos respostas positivas dos pares comparativamente a indivíduos não fóbicos (Beidel et al, 1999; Cartwright-Hatton, Hodges, & Porter, 2003). Para além disso, o evitamento de eventos sociais ou comportamentos passivos tendem a ser alvo de desagrado e rejeição por parte dos pares o que contribui para problemas nas relações interpessoais (Neal & Edelman, 2003).

Têm-se verificado, ainda, que a ansiedade social foi significativamente associada com uma diminuída aceitação e aumento de vitimização referenciada pelo próprio e pelos pares (Erath, Flanagan, & Bierman; 2007; Siegel et al., 2009) e que interfere com o desenvolvimento e qualidade das relações amorosas (Fehm et al, 2008; Glickman & La Greca 2004; La Greca & Mackey, 2007).

Adicionalmente, tendo sido comprovada uma relação bidirecional entre a ansiedade social e interações problemáticas entre pares. Estudos

revelam que estas têm um papel importante no funcionamento emocional maladaptativo do jovem, incluindo o desenvolvimento de sintomas de ansiedade social (Siegel et al., 2009) e depressão (La Greca and Harrison 2005). Para além disso, a vitimização de pares é preditora e consequência da ansiedade social ao longo do tempo (Siegel, La Greca, & Harrison, 2009).

Concluindo, e de acordo com a revisão de várias investigações realizada por Kingery e colaboradores (2010), a nível interpessoal, comprova-se a interferência da ansiedade social elevada tanto em amostras da população geral como em amostras clínicas no relacionamento com os pares (LaGreca & Lopez, 1998; Storch, Brassard, & Masia-Warner, 2003).

Dada a importância da qualidade da relação com o grupo de pares na adolescência, os fatores que impeçam o funcionamento interpessoal representam uma área fundamental de interferência na qualidade de vida do adolescente (La Greca & Lopez, 1998).

1.2.2. Ansiedade de avaliação e desempenho escolar

Atualmente, a escola e as situações avaliativas fazem parte, inevitavelmente, da vida da maioria das crianças e adolescentes (Bodas & Ollendick, 2005). A ansiedade excessiva em contexto escolar, nomeadamente, na realização de testes, exames e apresentações orais, é uma das condições cada vez mais prevalentes nestas faixas etárias, possivelmente devido ao aumento de frequência de avaliações e à importância que os sistemas educativos colocam nestes métodos de avaliação (McDonald, 2001). Vários estudos têm comprovado que a ansiedade elevada em situações de avaliação conduz a um desempenho inferior dos estudantes (Cassady & Johnson, 2002; Mazzone, Ducci, Scoto, Passaniti, Arrigo, & Vitiello, 2007; McDonald, 2001). Mais especificamente, a investigação sobre a relação entre a ansiedade aos testes e rendimento escolar tem demonstrado repetidamente que o domínio cognitivo no desempenho do teste sofre um impacto substancial e significativo (Cassady & Johnson, 2002). O medo e ansiedade sentidos podem prejudicar a preparação dos alunos e causar desconforto suficiente durante situações de avaliação, comprometendo a sua performance, mesmo quando possuem os conhecimentos necessários para a sua realização eficaz (Cassady & Johnson, 2002; McDonald, 2001). Estes indivíduos apresentam níveis elevados de preocupação e pensamento intrusivos acerca das suas capacidades que interferem significativamente no seu desempenho (Sarason & Sarason, 1990).

Estes jovens podem mesmo chegar ao evitamento das situações de avaliação, negando a sua importância ou não levando a cabo uma preparação suficiente (McDonald, 2001). Uma vez que as aulas são uma situação social, os jovens com ansiedade elevada têm também receio de participar nas aulas e evitam fazê-lo (Bernstein, Bernat, Davis & Layne, 2008).

Embora a perturbação de ansiedade social não seja preditiva do insucesso escolar (reprovações), entre as perturbações de ansiedade, é a única condição que é preditiva do fracasso para prosseguir do ensino secundário para o superior (Kessler, 2003). Assim, para além de terem um rendimento escolar abaixo do seu nível intelectual, os jovens com fobia

social abandonam mais facilmente a escola, deixando muitas vezes os estudos incompletos (Kashdan & Herbert, 2001), contribuindo para maiores taxas de absentismo escolar (Khalid-Khan, Santibanez, McMicken & Rynn, 2007). Deste modo, o desenvolvimento precoce de perturbação de ansiedade social pode levar a instrução/educação pobre ou insuficiente e mais provavelmente, a subemprego. Esta interferência é agravada pelo curso crónico desta perturbação (Beard, Moitra, Weisberg, & Keller, 2010), sendo que no futuro, aumenta a probabilidade de rejeitarem ou evitarem postos de trabalho que envolvam um nível elevado de interações sociais (Albano & Hayward, 2004).

Como temos tido oportunidade de verificar, é evidente que as potenciais consequências da fobia social na adolescência são amplas, causando um impacto significativo no funcionamento emocional, ocupacional e social dos jovens. Os adolescentes com fobia social experimentam uma gama de custos psicossociais que podem levar a consequências negativas a longo prazo (Sweeney & Rapee, 2001), como veremos de seguida.

1.2.3. Consequências da fobia social para a vida adulta

Num estudo de Kessler e colaboradores (2005), cerca de metade dos indivíduos adultos que reuniam critérios DSM-IV para uma fobia social em algum momento de sua vida, relatavam que o início tinha ocorrido geralmente na infância ou adolescência. Assim, o início precoce e a existência de dificuldades persistentes, caso não sejam alvo de tratamento, conferem à fobia social potencialidades para alterar a trajetória de vida de um indivíduo, como se poderá demonstrar nos diversos estudos apresentados de seguida.

Schneier e colegas (1992) avaliaram 13.000 adultos e as taxas de fobia social foram maiores entre as mulheres e em indivíduos mais jovens (18-29 anos), com menor grau de educação, solteiros, e de nível socioeconómico mais baixo. No curso de vida, perturbações comórbidas estavam presentes em 69% dos indivíduos com fobia social e, geralmente, com início após a fobia social. Quando comparados com pessoas sem perturbação psiquiátrica, a fobia social foi associada com aumento das taxas de ideação suicida e dependência financeira. Para além disso verificou-se um aumento nas tentativas de suicídio, principalmente nos casos comórbidos.

Wittchen e colegas (2000), numa investigação de uma amostra com adultos, verificaram que os casos de fobia social relataram uma duração média de doença 22,9 anos, com início na infância ou adolescência. A qualidade de vida atual foi significativamente reduzida em todos os sujeitos com fobia social, particularmente nas escalas de vitalidade, saúde geral, saúde mental, limitações devido à saúde emocional e funcionamento social. Resultados mostraram que: (a) a fobia social afetava a maioria das áreas de vida, mas em particular a educação, carreira e relacionamento romântico, (b) a presença de antigas e atuais condições comórbidas aumentava a frequência e a gravidade dos prejuízos específicos da doença, (c) a fobia social sub-clínica tinha uma menor interferência geral do que a fobia social

comórbida. Por sua vez, a produtividade no trabalho dos fóbicos sociais foi significativamente reduzida, como é indicado por: (a) uma taxa três vezes maior de desempregados, (b) taxas elevadas de horas de trabalho perdidas, devido a problemas de fobia social, e (c) reduzido desempenho no trabalho.

Em geral, estes resultados reforçam que a fobia social, quer seja sub-clínica, pura ou com comorbilidade, é uma condição incapacitante e persistente, resultando em sofrimento subjetivo considerável e em impacto negativo no desempenho do trabalho e nas relações sociais (Wittchen et al, 2000).

Em suma, estudos de amostras epidemiológicas e clínicas sugerem que a perturbação de ansiedade social persiste até a idade adulta e pode contribuir para variadas consequências nefastas na vida do indivíduo que podem interferir na qualidade de vida, como iremos ver de seguida.

1.2.4. Qualidade de vida nas perturbações de ansiedade

De acordo com o DSM-IV-TR, a diminuição da qualidade de vida é muitas vezes uma importante causa ou consequência da psicopatologia (APA, 2002), e é neste sentido que de seguida abordamos a importância de avaliar o impacto da fobia social na qualidade de vida (QV), bem como o de outras perturbações de ansiedade. Devido à dificuldade em encontrarmos estudos que avaliem a QV na população adolescente com FS, as investigações apresentadas neste ponto reportam-se à QV em adultos.

O estudo do impacto das perturbações de ansiedade na QV tem apresentado um interesse crescente (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2005; Matos, Gaspar & Grupo Europeu KIDSCREEN, 2008). Uma visão integrada da QV de indivíduos com perturbações de ansiedade pode fornecer informação importante sobre a natureza e a extensão dos problemas e o impacto no funcionamento associado a estes transtornos, e pode ser útil no desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes.

Estudos epidemiológicos, estudos clínicos e revisões qualitativas de literatura sugerem que o comprometimento da QV relatado por pacientes com transtorno de ansiedade é substancial e pode ser comparável à diminuição da QV observado noutras condições psiquiátricas (Candilis et al, 1999; Mendlowicz & Stein, 2000). Neste sentido, Olatunji et al (2007) realizaram uma meta-análise da literatura cujos resultados revelaram pior QV entre pacientes com perturbações de ansiedade versus amostras de controlo normais, sendo este efeito observado em todas as perturbações de ansiedade.

Para além disto, há também estudos que comparam a qualidade de vida entre várias perturbações de ansiedade. Cramer e colaboradores (2005) concluíram que a fobia social e a perturbação de pânico (avaliado no último ano e ao longo da vida), e perturbação de ansiedade generalizada (PAG) (avaliada no último ano) tiveram os efeitos mais negativos sobre a QV. As áreas mais afetadas foram o bem-estar subjetivo, suporte social, eventos de vida negativos e autorrealização. Numa investigação de Saarni, Suvisaari, Sintonen, Pirkola, Koskinen, Aromaa, & Lönnqvist, (2007) a distímia, a PAG e a FS foram associadas a maiores perdas na QV, antes e depois de se controlar a comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas

e somáticas.

No estudo de Quilty et al (2003) verificou-se que os indivíduos com fobia social apresentaram maiores níveis de impacto negativo do que os indivíduos com transtorno de pânico. Contudo, Mendlowicz & Stein (2000) referiram que a perturbação de pânico e perturbação pós-*stress* traumático (PTSD) parecem exercer um maior impacto na QV que as outras perturbações de ansiedade.

Também Moitra et al. (2011) num estudo longitudinal com 539 doentes adultos, com perturbações de ansiedade concluíram que os pacientes com perturbação de ansiedade social e perturbação depressiva *major* tinham o funcionamento no local de trabalho significativamente prejudicado, comparativamente com outros indivíduos com outras perturbações de ansiedade (perturbação de ansiedade social, PTSD, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico com agorafobia, perturbação de pânico sem agorafobia). Além disso, os doentes com perturbação de ansiedade social tinham mais de duas vezes maior probabilidade de estarem desempregados do que todos os outros doentes. Assim, para além da alta prevalência e custo elevado, estas perturbações de ansiedade apresentam também um impacto negativo substancial na QV (Mendlowicz & Stein, 2000; Olantunji et al, 2007).

Especificamente no que diz respeito à QV na FS, a perturbação de ansiedade social tem sido associada a uma redução significativa de QV (diminuição de saúde mental, queixas clínicas) e diminuição de satisfação em diferentes domínios de vida, por exemplo, família, relações sociais, situação de trabalho e situação financeira, bem como, maior número de dias de sofrimento (Fehm et al, 2008; Lipsitz & Schneier, 2000; Schneier et al, 1992). Ghaedi et al. (2009) estudaram o impacto da FS na QV de 202 estudantes universitários que relataram uma QV significativamente menor, especificamente nas dimensões de saúde em geral, vitalidade, funcionamento social, funcionamento emocional e saúde mental. Cerca de 36.1% dos estudantes com FS foram classificados como severamente prejudicados, comparativamente aos 16% dos estudantes do grupo de controlo normais. A amostra clínica deste estudo relatou incapacidade funcional intensa e menor bem-estar comparativamente aos que não tinham fobia social.

Em suma, o funcionamento académico, social (relações com os outros - colegas, amigos, família) e o funcionamento ocupacional (e.g. produtividade no trabalho) são os domínios mais fortemente afetados (Wittchen et al, 2000). Assim, a fobia social parece ser uma doença persistente, produzindo uma diminuição considerável na qualidade de vida e que pode causar graves limitações, que se acentuam caso haja comorbilidade. Desta forma, a comorbilidade na fobia social revela-se um fator de extrema importância, uma vez que está fortemente associado à gravidade da perturbação (Kessler et al., 2005), como veremos de seguida.

1.3. Fobia social e perturbações comórbidas

As perturbações de ansiedade têm sido constantemente reportadas como tendo elevadas taxas de comorbilidade com perturbações de

internalização e externalização (Kessler et al., 1999). Num estudo com população adolescente comunitária, verificou-se que 59% dos adolescentes com fobia social sofria de um transtorno comórbido e que 26% tinha duas condições comórbidas (Herbert, Gaudiano, Rheingold, Moitra, Myers, Dalrymple & Brandsma, 2009).

Concretamente no que diz respeito à PAS, segundo o *National Comorbidity Survey*, nos Estados Unidos, 81% dos pacientes com fobia social têm alguma comorbilidade (Kessler et al., 1999). Beidel e colaboradores (1999) encontraram 60% de comorbilidade entre a fobia social e outros diagnósticos, enquanto que Salvador (2009) encontrou 70.8%.

Verificou-se, ainda, uma elevada comorbilidade da fobia social com outras perturbações mentais, particularmente com outras perturbações ansiosas e depressivas. Esta comorbilidade de diagnósticos foi mais elevada no subtipo generalizado da fobia social (Salvador, 2009; Wittchen, 1999). Relativamente à comorbilidade com perturbações de ansiedade, pelo menos 50% de pacientes com fobia social referiram ter outras perturbações ansiosas (Salvador, 2009; Wittchen et al, 1999), sendo mais frequentes a fobia específica e a perturbação de ansiedade generalizada. Quanto à comorbilidade com perturbações de humor, um grande número de estudos epidemiológicos tem fornecido estimativas de prevalência na ordem dos 11% da perturbação de ansiedade social e a depressão e distímia (e.g., Beesdo et al., 2007). Com dez anos de investigação prospetiva com 3021 indivíduos, Beesdo et al. (2007) concluíram que a fobia social produz um prognóstico negativo em termos de risco de depressão subsequente.

Os jovens com uma fobia social têm uma elevada probabilidade de ter, em primeiro lugar, pelo menos uma outra perturbação ansiosa, seguindo-se as perturbações afetivas, e por último as perturbações de externalização. No estudo de Essau e colegas (1999) cerca de 60% de adolescentes com fobia social preencheram critérios para um diagnóstico comórbido de eixo 1, e destes, 35% eram perturbações de ansiedade. Os diagnósticos mais comuns foram perturbação de ansiedade generalizada, fobia específica, e perturbação de hiperatividade e défice de atenção (10% cada uma), e a depressão ocorreu em apenas 6% dos casos.

Por outro lado, as perturbações de ansiedade e perturbações de uso de substâncias são altamente comórbidas. Segundo o *National Comorbidity Survey*, nos Estados Unidos existe uma associação positiva entre perturbações de ansiedade (fobia social, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, agorafobia) e abuso e dependência de álcool, abuso e dependência de drogas (Marmorstein, 2012).

Especificamente na fobia social, a comorbilidade entre esta e o abuso de álcool ou outras substâncias (e.g. drogas ilegais; nicotina) tem sido estudada em muitos trabalhos. Sonntag, Wittchen, Hofler, Kessler, & Stein (2000) encontraram que 35.7% de adolescentes ou jovens adultos com fobia social eram fumadores regulares (Wittchen e colaboradores haviam já encontrado 31.9%) e que 18.7% tinham dependência de nicotina. Vários estudos epidemiológicos têm verificado que uma grande maioria de indivíduos com diagnóstico de perturbação de ansiedade social têm também

diagnóstico de perturbação de abuso de álcool ao longo da vida, com a ansiedade social a desenvolver-se antes dos problemas relacionados com álcool, na maioria dos casos (Grant, Hasin, Blanco, Stinson, Chou, Goldstein, et al., 2005; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996). O mesmo se verifica em indivíduos com ansiedade social subclínica (Crum and Pratt, 2001). Embora a ansiedade social e abuso de álcool geralmente coocorram e a ansiedade social pareça servir como um fator de risco para os distúrbios relativos a álcool, o mecanismo para esta coocorrência não é bem compreendido (Ham, 2009). A teoria de redução da tensão (Conger, 1956) e a hipótese de automedicação (Carrigan and Randall 2003; Morris et al., 2005) não tem sido apoiada consistentemente. Há também quem defenda que a ansiedade social tem um efeito direto negativo para consumo de risco (Ham, 2009). Entre populações não clínicas de estudantes universitários, os resultados são inconsistentes, com algumas pesquisas que sugerem uma relação positiva (Buckner et al. 2006; O'Grady, Cullum, Armeli, & Tennen, 2011), outras sugerindo uma relação negativa, e outras não encontrando nenhuma relação entre ansiedade social e uso de álcool (e.g., Buckner et al. 2007, 2006; Ham and Hope 2005, 2006).

É difícil saber qual a causa da comorbidade, tendo que se ter em conta o início das perturbações. Por um lado, a fobia social pode desenvolver-se em primeiro lugar e devido à sua interferência mencionada anteriormente começam a desenvolver-se outros problemas. Por outro lado, o início da fobia social pode ser posterior à presença de outros quadros clínicos, atuando estes como promotores do desenvolvimento da fobia social. Por último, pode acontecer que dois ou mais transtornos psicológicos tenham o mesmo começo temporal. Apesar de a comorbidade parecer agravar curso da fobia social e o seu impacto, é também digno de nota que a grande maioria dos jovens com perturbação de ansiedade social com comorbidade a descrevem como transtorno primário, ocorrendo muitos anos antes de outras condições comórbidas evoluírem (Beesdo et al, 2007; Essau et al, 1999; Kessler et al., 1999; Lipsitz & Schneier, 2000; Schneier et al, 1992; Turner et al, 1986; Wittchen et al, 1999, Wittchen et al., 2000). Isto pode sugerir que a fobia social, por si só pode colocar o indivíduo num risco considerável a longo prazo para o desenvolvimento de outras formas de psicopatologia.

De seguida, e em jeito de conclusão da primeira parte da presente dissertação, tecemos algumas reflexões sobre a invisibilidade e não reconhecimento da perturbação de ansiedade social.

1.4. Importância do estudo da fobia social e sua divulgação

Apesar do elevado impacto psicossocial, apenas uma pequena porção dos adolescentes recebe ajuda profissional (Essau et al, 1999). Embora alguns adultos tipicamente refiram, como idade de início da perturbação de fobia social a infância ou adolescência, aqueles que procuram ajuda só o fazem entre os 20 e os 30 anos, quando as limitações impostas pelos seus medos sociais os impedem de responder adequadamente às pressões de socialização nas áreas laboral ou afetiva (Mannuzza et al, 1995).

Assim, se a sua elevada prevalência e comorbilidade constituem por si mesmas razões óbvias para a importância clínica da fobia social, um outro aspeto que ressalta da investigação é especialmente preocupante em termos de saúde pública: a sua influência profundamente limitadora e incapacitante da vida do indivíduo. A idade de início precoce contribui para que as dificuldades que lhe estão associadas tenham frequentemente consequências arrasadoras na vida escolar, no desenvolvimento interpessoal, no trabalho e na vida afetiva do indivíduo. A isto se soma o facto de que muitas vezes não se deteta a fobia social, por um lado, por se tratar de um problema internalizante e por outro, porque se trata de um problema que é pouco reconhecido, e que os pais e professores ignoram. Esta situação torna-se ainda mais dramática se tivermos em conta que a natureza das dificuldades associadas à fobia social contribui para que os próprios indivíduos com fobia social sofram em silêncio e tenham dificuldade em procurar ajuda. A tudo isto há que acrescentar que em muitas ocasiões, mesmo quando a fobia social é identificada, não existe qualquer tipo de pedido de ajuda (Wittchen et al, 1999), uma vez que os pais pensam que o que se passa com o filho é próprio da idade e que desaparecerá com o tempo, pelo que não é necessário tratamento. É importante frisar que a comorbilidade é principal razão pela qual as pessoas com fobia social recorrem à consulta é devido às perturbações comórbidas que apresentam, pois interferem na vida quotidiana de forma ainda mais severa (Kessler et al., 1999).

A este respeito convém referir que quando os clínicos recolhem dados de informadores múltiplos (e.g. adolescente, pais, professores), verificam-se, muitas vezes, discrepâncias ou desacordos, em termos do nível de gravidade dos sintomas, que variam sistematicamente dependendo das circunstâncias em que observam o comportamento do adolescente (De Los Reyes e Kazdin 2005). Como é comum que os adultos subestimem a adversidade potencialmente vivenciada por crianças e adolescentes socialmente ansiosos (Kashdan & Herbert, 2001) estas "discrepâncias entre informadores" são alguns dos efeitos mais consistentes observados na literatura infantil clínica (Achenbach, 2006; Hartley, Zakriski & Wright, 2011; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Reyes, Alfano & Beidel, 2010).

Pela descrição que tivemos oportunidade de fazer da fobia social, nomeadamente a nível das suas características clínicas, podemos afirmar, com toda a certeza, que esta condição clínica pode causar graves limitações no funcionamento social, académico e, no caso de adolescentes mais velhos, no funcionamento ocupacional. No entanto, este crescendo de divulgação dos aspetos epidemiológicos e clínicos da fobia social não originou, ainda, uma mudança substancial na atitude dos agentes de saúde. É pouco reconhecida e raramente tratada pelo sistema de saúde mental, e entre os clínicos gerais e médicos de família continua a ser sub-diagnosticada (Lipsitz & Schneier, 2000; Schneier et al, 1992; Wittchen et al, 2000). Esta questão é especialmente relevante se tivermos em conta que o reconhecimento e intervenção precoces da fobia social poderão travar o desenvolvimento de um curso crónico da perturbação.

Por todas estas razões, a fobia social deve ser encarada como um

problema sério de saúde mental, e neste sentido, esta dissertação pretende contribuir para uma compreensão mais aprofundada deste quadro clínico, fornecendo informação relevante para a sua divulgação e sensibilização em Portugal.

II - Objetivos e hipóteses

2.1. Estudo I: Impacto e comorbilidade na Fobia Social Generalizada

Atendendo aos dados da literatura descritos anteriormente corroborando a associação entre fobia social e uma interferência e impacto marcado na vida do adolescente, o primeiro estudo desta dissertação terá como propósito fundamental estudar o grau de interferência ou incapacitação da fobia social generalizada (FSG) numa amostra clínica de adolescentes portugueses. Para além disso, tendo em conta que a fobia social afeta mais do que apenas uma área de vida dos adolescentes, facilmente se reconhece a importância de um estudo mais detalhado e compreensivo da ansiedade social nos vários contextos do quotidiano. Deste modo, pretendemos averiguar o impacto da ansiedade social na área social, afetiva e académica, avaliando, mais especificamente: amizades, envolvimento em atividades extracurriculares e desempenho escolar.

2.1.1. Impacto

Tendo por base os objetivos anteriormente propostos e a revisão da literatura estabelecem-se as seguintes hipóteses de investigação relativamente ao impacto da fobia social:

H1: Interferência marcada da fobia social avaliada pelo adolescente tanto em termos gerais como nas várias áreas da sua vida.

H2: Associação positiva e significativa entre ansiedade social e a perceção da interferência nas várias áreas de vida (social, afetiva e académica) do adolescente, ou seja, quanto maior a ansiedade social maior a interferência na várias áreas de vida.

H3: Associação negativa e significativa entre a ansiedade social e a qualidade de vida dos adolescentes, ou seja, os indivíduos que experienciem maiores níveis de ansiedade social percecionam-se-ão como tendo menor qualidade de vida.

H4: A maioria dos adolescentes com FSG revelará ter menos amigos que os colegas.

H5: A maioria dos adolescentes com FSG não estará envolvida em atividades extracurriculares em grupo.

H6: Os adolescentes com FSG terão a perceção de um rendimento escolar abaixo do esperado, bem como a perceção que essa discrepância está relacionada com as suas dificuldades. Contudo, não se prevê uma percentagem elevada do número de reprovações nem de risco de reprovar. Por outras palavras, a ansiedade social poderá influenciar negativamente o desempenho académico dos alunos, contudo, não se espera que seja preditiva de insucesso escolar ao ponto de estar associada a repetências escolares.

Ainda relativamente à caracterização da fobia social, de acordo com os estudos que revelam uma pobre concordância de avaliações dos adolescentes e pais relativamente à perturbação (Achenbach, 2006; Hartley et al, 2011; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Reyes et al, 2010), e considerando o reduzido encaminhamento que constatamos (Essau et al, 1999) é do nosso intuito averiguar as diferenças relativamente à perceção da interferência desta perturbação na vida do adolescente, sendo que:

H7: Espera-se uma perceção de interferência avaliada pelos pais significativamente menor do que a avaliação da interferência efetuada pelos adolescentes com FSG.

2.1.2. Comorbilidade de distúrbios mentais na amostra de fobia social generalizada

Raramente uma criança ou adolescente apresenta apenas uma fobia social, sendo a comorbilidade mais regra do que exceção. Além disso, segundo a literatura revista, a fobia social precede a maioria dos casos de comorbilidade com outras perturbações de ansiedade (Beesdo et al, 2007; Essau et al, 1999; Kessler et al., 1999; Lipsitz & Schneier, 2000; Schneier et al, 1992; Turner et al, 1986; Wittchen et al, 1999, Wittchen et al., 2000). Deste modo, é nosso intuito analisar a comorbilidade desta perturbação. Posto isto hipotetizamos:

H8: A maioria dos adolescentes com fobia social generalizada apresentará condições comórbidas.

H9: O número de perturbações de ansiedade e/ou de humor em comorbilidade com a fobia social generalizada serão superiores à comorbilidade da FSG com qualquer outro diagnóstico.

H10: A comorbilidade com perturbações de ansiedade será superior à comorbilidade com perturbações de humor.

H11: É esperado o consumo substâncias, nomeadamente álcool, num número elevado de adolescentes FSG.

H12: Nos casos em que se verifique comorbilidade, a fobia social generalizada terá precedido o aparecimento de outras condições comórbidas.

H13: Os indivíduos com FSG com comorbilidade com outras perturbações mentais deverão percecionam maior interferência e impacto nas várias áreas de vida comparativamente aos indivíduos com fobia social sem condições comórbidas.

H14: Os adolescentes com FSG com comorbilidade com outras perturbações mentais deverão percecionam pior qualidade de vida comparativamente aos indivíduos com fobia social sem condições comórbidas.

2.2. Estudo II: Comparação entre grupos: fobia social, outras perturbações de ansiedade e ausência de patologia - impacto e comorbilidade

Pretendemos comparar os adolescentes com fobia social generalizada (FSG) com adolescentes com outras perturbações de ansiedade, que não a fobia social (OPA) e com adolescentes sem patologia (N), relativamente ao

impacto da perturbação e à existência de condições comórbidas. Interessamos saber em que medida os dois grupos clínicos se diferenciam entre si em variáveis clínicas, e em que medida os três grupos se diferenciam quer na qualidade de vida nas relações interpessoais e contexto académico.

2.2.1. Comparação dos grupos no impacto da perturbação

Relativamente ao impacto das perturbações, colocamos as seguintes hipóteses:

H1: A interferência das perturbações será mais acentuada no grupo de fobia social que no grupo de outras perturbações de ansiedade.

H2: A qualidade de vida dos adolescentes com FSG será menor que a dos adolescentes com OPA e que a da amostra sem psicopatologia.

H3: Os adolescentes com FSG terão menos amigos e mais dificuldades em fazer amigos que os adolescentes dos restantes dois grupos.

H4: O envolvimento em atividades extracurriculares de grupo será menor no grupo FSG comparativamente ao grupo OPA e N.

H5: No grupo FSG as dificuldades académicas serão mais frequentemente relacionadas com ansiedade excessiva do que as dificuldades académicas relatadas pelos dois outros grupos.

2.2.2. Comorbilidade de distúrbios mentais nas amostras clínicas

O objetivo será comparar a comorbilidade entre o grupo de fobia social generalizada e o grupo de adolescentes com outras perturbações de ansiedade (que não a fobia social). Para além de averiguarmos a frequência de diagnósticos comórbidos, pretendemos verificar quais as perturbações comórbidas mais frequentes nestas amostras clínicas.

H6: A comorbilidade da FSG será superior à comorbilidade das OPA.

H7: O consumo de substâncias será mais frequente no grupo FSG comparativamente ao grupo com OPA.

H8: Os indivíduos com FSG em comorbilidade com outras perturbações mentais deverão percecioner maior interferência nas suas vidas comparativamente aos indivíduos com outras perturbações de ansiedade com condições comórbidas.

H9: Os indivíduos com FSG em comorbilidade com outras perturbações mentais deverão percecioner pior qualidade de vida comparativamente aos indivíduos com outras perturbações de ansiedade com condições comórbidas.

2.3. Estudo III: Prevalência da ansiedade social elevada em indivíduos da população geral

Como objetivo inicial pretendíamos avaliar a prevalência de adolescentes com fobia social generalizada numa amostra comunitária. Foi nesse sentido que efetuámos o processo de *screening*, descrito anteriormente, e que permitia que, através da realização da entrevista clínica ADIS-C, se detetassem adolescentes que cumpriam critérios diagnósticos de FSG. Tendo em conta a morosidade que este processo requereu, não nos foi

possível terminá-lo, pelo que não poderemos reportar a prevalência da FSG na população geral. Como tal, para manter, de alguma forma, o objetivo inicial, e considerando que outros estudos avaliaram a prevalência da fobia social com instrumentos de autorresposta (e.g. Cunha, 2005) decidimos utilizar os dados disponíveis para, ainda assim, obtermos uma ideia aproximada da prevalência de adolescentes com ansiedade social elevada na amostra de população geral, e que poderiam, eventualmente, cumprir critérios de diagnóstico, hipotetizando:

H1: A existência de uma prevalência de adolescentes entre 0.7 e 12.4% que, simultaneamente, pontuem acima do ponto de corte na medida de ansiedade social e apresentem interferência marcada em pelo menos uma área de vida.

III - Estudo I: Impacto e Comorbilidade na Fobia Social Generalizada (FSG)

3.1. Metodologia

3.1.1. Amostra

Para concretizar os objetivos delineados para o primeiro estudo recorreremos a uma amostra clínica de indivíduos com fobia social como diagnóstico principal. Este grupo é constituído, por um lado, por adolescentes com acompanhamento psicológico em várias instituições de saúde públicas e privadas, por outro lado, fazem também parte desta amostra, adolescentes com fobia social generalizada recolhidos em vários estabelecimentos de ensino do país.

Foi critério de inclusão dos participantes a idade superior a 14 anos e inferior a 18 anos, inclusive. Após a recolha de protocolos foram excluídos aqueles cujo preenchimento se revelou incompleto ou nos quais houve evidência clara de incumprimento das instruções de resposta.

A amostra ficou constituída por 37 sujeitos, destacando-se o facto de a amostra ser maioritariamente do género feminino. Destes, 31 (83.8%) eram raparigas, 6 eram rapazes (16.2%). A média de idades foi de 16 anos de idade e a média de escolaridade foi de 10 anos, tanto para os rapazes como para as raparigas. No que concerne a diferenças de distribuição das variáveis sócio-demográficas por sexo, verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ao nível da escolaridade ($t_{(47)} = -.049$; $p = .961$).

Quadro 1. Características gerais da amostra clínica de indivíduos com fobia social: gênero, idade e ano de escolaridade.

GRUPO – FOBIA SOCIAL GENERALIZADA									
	Gênero						t	p	χ^2
	Masculino (N=6)		Feminino (N=31)		Total (N=37)				
	N	%	N	%	N	%			
Gênero	6	16.2	31	83.8	37	100			
	M	DP	M	DP	M	DP			
Idade	16.17	1.722	16.19	1.108	16.19	1.198	-.037	.972	
Escolaridade	10.17	1.329	10.55	1.150	10.49	1.170	-.727	.472	

3.1.2. Instrumentos

Com o intuito de levar a cabo o presente estudo recorreu-se a uma bateria de instrumentos de autorresposta e a uma entrevista estruturada (cf. anexo A).

O conjunto de escalas utilizadas é constituído por vários instrumentos a avaliar diversas áreas. Como medida de ansiedade social utilizou-se: EAESSA (Escala de Ansiedade de Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes) e RT (Reações aos Testes) como medida de ansiedade aos testes. Por sua vez, as escalas utilizadas para avaliar mais especificamente a interferência da ansiedade social na vida dos adolescentes foram: o Kidscreen-27 (Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes), SDS-SP (Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social) e SDS-SP-pais preenchido pelo pai/mãe do adolescente, uma variante do questionário anterior. Para avaliar a sintomatologia depressiva foi utilizado o CDI (Inventário de Depressão para Crianças).

Como foi referido acima, para além destes instrumentos de medida foi utilizada, para a determinação dos diagnósticos nas amostras clínicas, a ADIS-C (Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência), uma vez que os critérios de inclusão e exclusão são critérios clínicos, ou seja, a presença ou ausência de diagnóstico.

De seguida são descritos todos os instrumentos supramencionados.

Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA; Cunha, Pinto Gouveia, Salvador & Alegre, 2004)

A EAESSA é um instrumento que pretende avaliar a ansiedade e o evitamento em determinadas situações sociais frequentes na adolescência. É uma escala constituída por 34 situações sociais que compõem duas subescalas (desconforto/ansiedade e a de evitamento), que permitem obter para além da pontuação total, as pontuações para cada uma das subescalas. Quanto maior o resultado, maior a ansiedade social medida pelo grau de desconforto/ansiedade e evitamento manifestado nas situações sociais. A resposta a cada item é dada numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = nada ansioso/nunca evito a 5 = muitíssimo ansioso/evito quase sempre). 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 autoafirmativa, (5) ser observado pelos outros e (6) comer e beber em público (Cunha, Pinto Gouveia, Salvador & Alegre, 2004).

Esta escala apresenta valores elevados de consistência interna para ambas as subescalas ($\alpha=.91$ para a subescala de desconforto/ansiedade e $\alpha=.87$ para a subescala de evitamento) e uma estabilidade temporal moderada ($r=.74$, para a subescala de desconforto/ansiedade; $r=.71$ para a subescala de evitamento). Possui uma boa validade convergente e divergente e revelou possuir boa capacidade diagnóstica para detetar adolescentes com fobia social e distinguir adolescentes com fobia social de outros com outras perturbações de ansiedade ou sem psicopatologia. Como valor de corte para distinguir os adolescentes com e sem fobia social, foi sugerido o valor .71 como valor médio da EAESSA total (Cunha, 2005). Demonstrou ainda ser sensível a mudanças derivadas do tratamento (Salvador, 2009). No grupo FSG em estudo, a consistência interna das subescalas de desconforto e de evitamento da EAESSA foi, respetivamente, .93 e .94.

Reações aos Testes (RT; Sarason, 1984; Batista, Soczka & Pinto, 1989; Vicente, 2011)

O questionário Reações aos Testes (RT) visa avaliar a ansiedade em situação de exame e possui 40 itens que se integram em quatro fatores: tensão (relacionado com o estado afetivo), preocupação (relacionado com autoavaliações negativas, comparação de desempenho e consequências de fracasso), pensamentos irrelevantes (referente a imagens, fantasias e pensamentos sem relação com o teste) e sintomas somáticos (relacionado com reações fisiológicas). O RT apresenta boa consistência interna e boa validade convergente. Os coeficientes α das subescalas encontrados variam de 0.68 e 0.81 e para a nota total do questionário foi de 0.78 (Sarason, 1984).

O RT foi estudado numa população portuguesa de universitários, por Batista e colaboradores (1989), resultando num questionário com 34 itens (6 foram eliminados) distribuídos pelos 4 fatores originais encontrados na amostra de estudantes universitários americanos. A consistência interna e validade teste-reteste foram consideradas aceitáveis e a validade convergente ficou demonstrada pelas correlações mais elevadas que cada uma das subescalas apresentou com outras medidas de psicopatologia.

Relativamente à aferição portuguesa do RT para adolescentes (Vicente, 2011), a consistência interna para a totalidade dos itens foi de .93. No que concerne aos fatores do RT, foram encontrados valores de *alpha* de Cronbach de .90 para o fator pensamentos irrelevantes, .89 para o fator tensão, .85 para o fator preocupação e .75 para o fator sintomas somáticos. O instrumento apresenta estabilidade temporal para o total da escala de .83 e boa validade convergente e divergente. O RT demonstrou ainda ser sensível a mudanças derivadas do tratamento (Salvador, 2009). Neste estudo a consistência interna encontrada foi de .95.

Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes - Kidscreen-27 (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005); Matos, Gaspar Calmeiro & KIDSCREEN Group Europe, 2005)

O instrumento KIDSCREEN-27 é uma versão reduzida do KIDSCREEN-52, um instrumento transcultural Europeu que avalia a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) em crianças e adolescentes, entre os 8 e os 18 anos de idade. Para esta versão foram selecionados 27 itens da versão original (com 52 itens) e agrupados em cinco dimensões, nomeadamente: (1) bem-estar físico, (2) bem-estar psicológico, (3) autonomia e relação com os pais, (4) suporte social e grupo de pares, e (5) ambiente escolar. A resposta a cada item é dada numa escala tipo *likert* de 5 pontos (1=nada a 5=totalmente) que avalia a intensidade dos sentimentos, e uma escala tipo *likert* de 5 pontos (1=nunca a 5= sempre) que avalia a frequência com que o sujeito experiencia cada situação. Quanto maior for a pontuação em cada dimensão, maior a sensação de felicidade, percepção de adequação e satisfação com os seus contextos de vida (Matos, Gaspar, & Grupo Europeu KIDSCREEN, 2008).

Este questionário de autopreenchimento apresenta boas qualidades do ponto de vista psicométrico e permite identificar diferenças significativas entre crianças e adolescentes, em função do género, do seu estatuto sócio-económico e da nacionalidade, condição de saúde, bem como do (in)sucesso escolar, à semelhança do KIDSCREEN-52 (Matos et al, 2008; Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005). No que diz respeito ao KIDSCREEN-27, os *Alpha* de *Cronbach* foram calculados para as cinco dimensões e variam entre .79 (bem-estar físico) e .84 (bem-estar psicológico) (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005). Neste estudo, a consistência interna do total do *kidscreen-27* foi de .94 e os *Alpha* de *Cronbach* das cinco dimensões e variam entre .74 (bem-estar escolar) e .92 (suporte social).²

A Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social – SDS-SP: Sheehan Disability Scale; Sheehan, 1983; Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2000)

A SDS-SP é uma adaptação da Escala de Incapacitação de Sheehan original (Sheehan, 1983) para língua portuguesa, mantendo o formato original da escala e introduzindo pequenas alterações nas instruções de modo a melhor se adequar à sua utilização na fobia social. Esta escala é formada por três itens que pretendem avaliar o grau em que a ansiedade social incapacita ou interfere no quotidiano do indivíduo, em três áreas importantes da sua vida: trabalho ou estudos, vida social e vida afetiva. A escala de resposta tipo *Likert* varia de 0 a 10 (0=Nada Incapacitante; 10=Severamente Incapacitante). A SDS-SP apresenta boa consistência interna e uma estrutura fatorial que corresponde às três áreas avaliadas (Leon, Shear, Portera & Klerman, 1992). Esta escala demonstra ser sensível a mudanças derivadas do tratamento (Salvador, 2009).

² No quadro do anexo B encontram-se discriminadas as consistências de todos os fatores do *kidscreen-27* neste estudo.

Nesta investigação utilizámos também a SDS-SP - avaliação pelos pais (Salvador, 2009), escala com as instruções da SDS-SP adaptada, de modo a dispormos de uma medida para pais da incapacitação da ansiedade social dos filhos. Deste modo, permitiu determinar melhor a perceção dos pais relativamente ao impacto que as dificuldades sociais dos filhos têm na sua vida quotidiana. Neste estudo a escala teve uma consistência interna de .73 e na SDS-SP-pais o *alpha* de Cronbach foi de .75.

Inventário de Depressão para Crianças (CDI – *Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1985; Marujo, 1994; Dias & Gonçalves, 1999)

O CDI pretende avaliar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes e é constituído por 27 itens. Cada item apresenta três possibilidades de resposta que traduzem um gradiente de severidade desde 0 (ausência de problema) a 2 (problema grave). A criança ou adolescente deve escolher a frase que melhor se adegue aos sentimentos que experienciou nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. Quanto maior a cotação, maior a gravidade dos sintomas (Kovacs, 1992).

O CDI apresenta uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach entre .70 e .86) e uma fiabilidade teste-reteste aceitável (Smucker et al, 1986). Kovacs (1992) identificou 5 subescalas: humor negativo; problemas interpessoais; ineficácia; anedonia e autoestima negativa. A versão portuguesa deste questionário (Marujo, 1994; Dias & Gonçalves, 1999) apresenta uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach de .80 e .84, respetivamente). No entanto, a estrutura multidimensional com 5 subescalas do CDI original não foi replicada, tendo sido obtida, em ambos os estudos portugueses, uma estrutura unifatorial. No presente estudo a consistência interna encontrada foi de .90.

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

A ADIS-C é destinada ao diagnóstico de perturbações de ansiedade e outras perturbações relacionadas na infância e adolescência, como por exemplo, perturbações afetivas (Distímia e Perturbação Depressiva Major) e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. A presença de comportamentos de recusa à escola, e questões de rastreio de outras perturbações (Abuso de Substâncias, Esquizofrenia, Mutismo Seletivo, Perturbações Alimentares, Perturbação Somatoforme e Perturbação de Somatização) estão também presentes nesta entrevista (Silverman & Albano, 1996). É calculado um número total de sintomas e é decidido se o adolescente tem o número de sintomas que permita efetuar diagnósticos, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 2002). Se o número de sintomas for suficiente para ser atribuído algum diagnóstico, são feitas perguntas acerca da interferência dos mesmos na vida do sujeito e se lhe provocam sofrimento significativo, o diagnóstico é atribuído e é avaliada pelo clínico a gravidade da perturbação diagnosticada, e são hierarquizados os diagnósticos (principal, co principal, e um ou mais diagnósticos adicionais).

A escala apresenta uma excelente fidedignidade e precisão nos diagnósticos de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação e boa precisão diagnóstica da Fobia Social e Ansiedade Generalizada (Silverman et al., 2001). A ADIS-C tem uma boa validade concorrente, nomeadamente, nos diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Pânico (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002).

Para algumas hipóteses do presente estudo foram adicionadas as seguintes perguntas à entrevista ADIS-C: “Já repetiste de ano alguma vez? Já estiveste em risco de reprovar?”; “O teu rendimento é inferior às tuas expectativas? Se sim, porque achas que não consegues alcançar os teus objetivos?”. Esta última pergunta era feita no sentido de se perceber se as dificuldades do aluno estavam relacionadas com ansiedade elevada.

3.1.3. Procedimentos

A **amostra clínica** deste primeiro estudo foi constituída por adolescentes que preencheram critérios para o diagnóstico de Fobia Social Generalizada e foi recolhida no período de dezembro de 2011 e junho de 2012, em vários centros de saúde e hospitais públicos, e clínicas privadas com serviços de psicologia. Procedeu-se ao pedido de colaboração ao conselho de administração das instituições e, após parecer favorável, contactaram-se os diretores clínicos (cf. anexo C) e posteriormente os psicólogos. Neste processo é de salientar o papel dos psicólogos na sinalização e encaminhamento dos casos (em qualquer fase de tratamento) que preenchiam os requisitos para pertencer às amostras clínicas (ter entre 14 a 18 anos e sintomatologia ansiosa). Após as consultas, os adolescentes e respetivos pais eram abordados para possível colaboração na investigação, sendo feita uma breve explicação das características e objetivos da mesma. Posteriormente, procedeu-se à assinatura da autorização dos pais (cf. anexo D) e do termo de consentimento informado dos participantes seguida da realização da entrevista ADIS-C.

Numa segunda fase era pedido aos sujeitos que preenchessem uma bateria de questionários, cuja ordem foi invertida para se controlarem os possíveis efeitos da fadiga.

Fazem igualmente parte desta amostra sujeitos recolhidos em vários estabelecimentos de ensino, selecionados através de um processo de *screening* e entrevista clínica. Neste processo foram primeiramente selecionados os alunos que apresentaram valores acima do ponto de corte no EAESSA ou no RT. Estes foram posteriormente entrevistados utilizando a ADIS-C.

Para a recolha desta subamostra de adolescentes (que fazem parte de uma amostra mais alargada que constituirá a amostra do estudo 3), foram contactados vários estabelecimentos de ensino do norte e centro do país, e efetuado um pedido de autorização às direções das mesmas para a administração do protocolo de investigação a alunos que frequentavam o 3º ciclo do ensino básico (9º ano) e o ensino secundário (10º, 11º e 12º ano). A distribuição do protocolo de investigação decorreu de janeiro a junho de

2012 e efetuou-se de acordo com as deliberações prévias das Direções (cf. anexo E) das diversas escolas que aceitaram participar na presente investigação.

Mediante a escolha das turmas e horários por parte das direções das escolas e posteriormente ao contacto com os professores responsáveis, foram distribuídas as autorizações para os encarregados de educação (cf. anexo F) e os documentos de consentimento informado (cf. anexo G) para os estudantes, onde se explicaram os contornos do estudo incluindo o carácter voluntário e confidencial da participação dos estudantes. Posteriormente, os inquéritos foram distribuídos e preenchidos, em média em 35 minutos, e em grupo no contexto de sala de aula. Em toda a amostra a ordem dos questionários foi balanceada no sentido de se controlarem os efeitos da diminuição da capacidade de concentração e as tendências de resposta, no decorrer do preenchimento. De notar que antes da distribuição do protocolo de investigação foi realizada também uma breve apresentação oral das características da investigação.

O protocolo de avaliação utilizado continha uma folha de rosto (cf. anexo H) com a explicação sucinta dos objetivos e a garantia da confidencialidade dos dados recolhidos e um documento para recolha de dados sociodemográficos relevantes para o estudo (cf. anexo I), para além de ser constituído pelos instrumentos de autorresposta.

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20). Para a caracterização da amostra em estudo foram realizadas estatísticas descritivas, testes *t-student* e teste qui-quadrado de *Pearson*, para a identificação de diferenças na amostra. Para as restantes análises estatísticas do estudo, para além, da estatística descritiva, realizaram-se estudos correlacionais, teste de *Mann-Whitney* para comparação de médias e índice de correlação intraclasses (I.C.C.) para avaliar a concordância interavaliadores.

3.2. Resultados

3.2.1. Impacto

3.2.1.1. Fobia social e perceção da interferência nas várias áreas de vida

Iniciámos este estudo analisando a perceção de interferência da FSG avaliada pelos adolescentes, utilizando para tal a ADIS-C (escala de 0 a 8) e a SDS total e as subescalas estudos, vida social e vida afetiva (escala de 0=nada incapacitante a 10=severamente incapacitante). É de notar que a partir de 4, inclusive, os valores assinalados são considerados moderadamente incapacitantes. Os resultados das estatísticas descritivas podem ser observados no quadro 2, onde podemos verificar que a área assinalada como sendo mais afetada foi a área social, ou seja, as relações interpessoais, seguindo-se a área afetiva e a área académica. Podemos acrescentar ainda que 8 adolescentes (21.6%) assinalaram o impacto como

marcada e severamente incapacitante (valores iguais ou superiores a 8 na SDS) na área de estudos, 15 (40.5%) na área social e 13 (35.1%) na área afetiva.

Quadro 2. Médias e desvio-padrão³ das variáveis relativas à percepção da interferência da perturbação no dia a dia do adolescente.

	Interferência ADIS-C	SDS-total	SDS- estudos	SDS – social	SDS – afetiva
Média	5.97	5.51	5.22	6.05	5.27
Desvio-padrão	1.04	2.48	2.70	2.92	3.52

Nota: SDS = Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social; interferência ADIS-C = grau de interferência da fobia social avaliado na entrevista ADIS-C.

De acordo com a literatura e conforme as nossas hipóteses, contávamos encontrar associações positivas e significativas entre a ansiedade social e a percepção da interferência nas várias áreas de vida (social, afetiva e académica) do adolescente.

Desta forma, foram realizados estudos correlacionais a ansiedade social (EAESSA) e ansiedade aos testes (RT) e a percepção de interferência da ansiedade social (ADIS-C e SDS). Os resultados deste estudo correlacional⁴ (cf. quadro 3) mostraram que a maioria das correlações são moderadas e estatisticamente significativas, revelando que, de forma geral quanto maior a ansiedade social tanto maior a interferência percebida. A correlação mais expressiva verificou-se entre o fator SDS-vida afetiva e as subescalas de desconforto ($r=.579$; $p < .001$) e de evitamento ($r=.622$; $p < .001$). A variável SDS-total que avalia a interferência geral da ansiedade social apresentou uma correlação significativa moderada com as subescalas desconforto ($r=.494$; $p < .001$) e evitamento ($r=.526$; $p < .001$). Em relação à associação entre medidas de interferência e o RT as correlações foram positivas e baixas. Ao contrário do esperado, não se observaram correlações significativas entre a SDS-estudos e a EAESSA.

Quadro 3. Correlações⁵ entre a ansiedade social (EAESSA) e ansiedade aos testes (RT), e a interferência da ansiedade social nas várias áreas de vida.

Medidas	Interferência ADIS-C	SDS total	SDS estudos	SDS vida social	SDS vida afetiva
EAESSA	.469**	.494**	.106	.461**	.579**

³ No anexo J encontram-se todas as médias e desvios-padrão dos restantes instrumentos e respetivos fatores deste estudo.

⁴ Na avaliação das magnitudes das correlações são considerados como valores de referência os valores apresentados por Pestana e Gageiro (2008), que sugerem que um coeficiente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa; valores situados entre .21 e .39 caracterizam-se como baixos; entre .40 e .69 são moderados; entre .70 e .89 são elevados; e se superiores a .90, muito elevados.

⁵ No anexo K encontram-se todas as correlações entre todos os instrumentos e respetivos fatores utilizados neste estudo.

desconforto					
EAESSA	.454**	.526**	.226	.381*	.622**
evitamento					
RT	.374*	.334*	.410*	.281	.156

* $p < .05$ (2-tailed); ** $p < .01$ (2-tailed).

Nota: EAESSA *Desconforto*= Subescala Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA *Evitamento*= Subescala Evitamento da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RT = Escala de Reação aos Testes; Interferência ADIS-C = grau de interferência da fobia social avaliado na entrevista ADIS-C; SDS = Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social.

3.2.1.2. Fobia social e a qualidade de vida

A partir da análise das correlações de *Pearson* verificou-se que nas associações entre a qualidade de vida e medidas de ansiedade social, se destaca o facto de a correlação entre a interferência da fobia social percebida pelos sujeitos, avaliada pela ADIS-C, e o fator de bem estar psicológico e o fator suporte social da qualidade de vida ser significativa e negativa, com magnitudes de correlação moderada ($r = -.454$; $p < .001$; $r = -.437$; $p < .001$, respetivamente).

Outro aspeto a destacar refere-se às associações entre o desconforto e evitamento de situações sociais e fator suporte social (relação com os pares) em que as correlações são negativas, significativas e moderadas, como esperado ($r = -.512$; $p < .001$; $r = -.536$; $p < .001$, respetivamente).

Relativamente à ansiedade aos testes é de salientar que a correlação com o bem estar psicológico foi negativa, moderada e estatisticamente significativa ($r = -.551$; $p < .001$) e o mesmo se verificou com o fator de ambiente escolar ($r = -.522$; $p < .001$) (cf. Quadro 4).

Quadro 4. Correlações de ansiedade social (EAESSA), ansiedade aos testes (RT) e a interferência da fobia social, com a qualidade de vida (*kidscreen-27*).

	K-27 – total	K-27 – bem estar psicológico	K-27- bem estar físico	K-27- autonomia e relação com os pais	K-27– suporte social	K-27– ambiente escolar
EAESSA – desconforto	-.334*	-.266	-.236	-.236	-.512**	-.411*
EAESSA – evitamento	-.343*	-.281	-.241	.019	-.536**	-.472**
RT	-.557**	-.551**	-.443**	-.323	-.400*	-.522**
Interferência	-.447**	-.454**	-.294	-.262	-.437**	-.300

* $p < .05$ (2-tailed); ** $p < .01$ (2-tailed).

Nota: K-27 = *Kidscreen-27*: Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes; EAESSA *Desconforto*= Subescala Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA *Evitamento*= Subescala Evitamento da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RT = Reação aos Testes; Interferência = grau de interferência da fobia social avaliado na entrevista ADIS-C.

3.2.1.3. Fobia social generalizada e relações interpessoais

Para além de estudarmos o impacto da fobia social e a qualidade de vida dos adolescentes, foi do nosso intuito estudar mais pormenorizadamente as várias áreas de vida do adolescente. A ADIS-C dedica uma secção à pesquisa de informação referente às relações interpessoais. Sendo esta uma área primordial e, habitualmente, afetada na fobia social, optámos por incluir e explorar esta informação. Deste modo, apresentamos os resultados do estudo deste grupo nas seguintes variáveis: quantidade de amigos, desejo de ter ou não mais amigos, dificuldade em fazer e manter amigos, envolvimento em atividades extracurriculares em grupo e desejo de passar a maior parte do tempo sozinho ou com outros adolescentes.

Amizades

Através de análises descritivas obtiveram-se os resultados seguintes relativamente às amizades dos adolescentes com fobia social generalizada. No que concerne à **quantidade de amigos**, 18 adolescentes (48.6% da amostra) relataram ter menos amigos que os colegas e igual número de adolescentes referiu ter o mesmo número de amigos (cf. quadro 5).

Quadro 5. Número de amigos dos sujeitos comparativamente aos colegas.

Mais amigos		Menos amigos		Igual nº de amigos		Total	
N	%	N	%	N	%	N	%
1	2,7	18	48.6	18	48.6	37	100

Quando questionados acerca do número de melhores amigos, 5 (13.5%) adolescentes afirmaram que não têm nenhum **melhor amigo**, enquanto que 21 (56.8%) adolescentes afirmaram que têm apenas um melhor amigo e 11 (29.7%) tem dois melhores amigos. Na sequência da pergunta relativa à quantidade de amigos, a ADIS-C pergunta a seguir se o adolescente **gostava de ter mais amigos** do que os que tem. No que diz respeito a esta variável verificámos que a maioria (73%) manifestou desejo de ter mais amigos. Vinte e três (62.2%) jovens relataram ter **dificuldade em fazer amigos** contudo, apenas 12 (32.4%) referiram ter dificuldade em os manter.

Atividades extracurriculares

Relativamente ao envolvimento em **atividades extracurriculares** em grupo, 22 (59.5%) adolescentes referiram que não fazem parte de nenhum grupo (e.g. grupo desportivo). No que concerne ao **desejo de passar a maior parte do tempo** – sozinho ou com outros adolescentes – verificou-se que a maioria da amostra (30; 81.1%) prefere passar a maior parte do tempo com os pares.

3.2.1.4. Fobia social generalizada no contexto acadêmico

Rendimento escolar

De modo a averiguarmos a interferência da fobia social no contexto acadêmico dos adolescentes, durante as entrevistas clínicas os sujeitos foram questionados acerca do seu rendimento escolar e expectativas acerca do mesmo, bem como, possíveis causas para o desempenho acadêmico poder não corresponder ao desejado.

Quadro 6. Distribuição do número de reprovações e risco de reprovar no grupo FSG.

	Nenhuma vez		1 vez		2 vezes	
	N	%	N	%	N	%
Repetências	24	64.9	9	24.3	4	10.8
Risco de reprovar	32	86.5	4	10.8	1	2.7

Relativamente ao **número de repetências** ao longo do seu percurso acadêmico, a maioria dos sujeitos (n=24; 64.9%) nunca teve uma retenção. Relativamente ao número de vezes em que os jovens estiveram em risco de reprovar, 32 (86.5%) adolescentes também referiram nunca ter estado nessa situação (quadro 6). Não obstante, 20 (54.1%) adolescentes relataram que o seu **rendimento escolar é inferior às expectativas**, e 34 (91.9%) referiram que as **dificuldades escolares** estão, na maioria das vezes, **relacionadas com a ansiedade excessiva** que sentem nas situações de avaliação e desempenho acadêmico, influenciando-o negativamente. De modo a compreendermos a esta relação com a ansiedade que os adolescentes referem, foi perguntado ao jovem se alguém (e.g. professores, colegas, pais) alguma vez comentou e relacionou a sua ansiedade em situações de avaliação na escola com o seu desempenho e 29 sujeitos (78.4%) relataram que **outras pessoas identificaram as dificuldades académicas** e relacionam-nas à ansiedade que manifestam.

3.2.1.5. Concordância interavaliadores relativamente à interferência da fobia social generalizada

Para avaliar a concordância de relatos entre os adolescentes e respetivos pais relativamente à interferência da FSG, recorreremos a uma análise de correlações interavaliadores (I.C.C.: *Intraclass Correlation Coefficient*)⁶ com as quais obtivemos concordâncias diferentes consoante a área avaliada. Observando o quadro 7, podemos verificar concordâncias muito baixas entre as avaliações dos adolescentes e dos pais relativamente à interferência geral da fobia social (média dos três fatores da SDS-SP) (I.C.C.= .613), à área social (relação com os pares) (I.C.C. = .457) e à área dos estudos (I.C.C.=.534). A área afetiva foi a única que assumiu um valor de concordância aceitável (I.C.C.= .759).

⁶ Na avaliação do valor de fiabilidade I.C.C. são considerados os seguintes valores de referência: valores entre 0 e .7 revelam uma concordância inaceitável; valores situados entre 7-8 caracterizam-se como aceitáveis; entre 8-9 é uma concordância boa; e se superiores a .90 é muito boa (Nunnally & Bernstein, 1994).

Quadro 7. Médias e desvios-padrão da percepção de interferência da FSG avaliada pelos adolescentes e respetivos pais, através da SDS-SP.

Área	Avaliadores	M	DP	I.C.C.
SDS-Estudos	Adolescentes	5.22	2.70	.534**
	Pais	5.11	2.12	
SDS-Social	Adolescentes	6.05	2.924	.457**
	Pais	4.38	2.28	
SDS-Afetiva	Adolescentes	5.27	3.52	.759**
	Pais	3.70	2.71	
SDS-geral	Adolescentes	5.51	2.48	.613**
	Pais	4.40	1.94	

**p<.01 (2-tailed). Nota: SDS = Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social.

3.2.2. Comorbilidade

3.2.2.1. Comorbilidade da FSG com outras perturbações mentais

No que concerne à comorbilidade na fobia social generalizada, podemos salientar que 19 (51.3%) **adolescentes apresentam comorbilidade**, sendo que destes, 9 tinham um diagnóstico comórbido (47.4%) e apenas 3 (15.8%) apresentaram três condições comórbidas (cf. quadro xx). Nos casos com comorbilidade, é de salientar que 18 (94.7%) adolescentes apresentaram **perturbações de ansiedade** como diagnósticos adicionais, sendo a fobia específica e a perturbação de ansiedade generalizada as mais frequentes. No total da amostra que apresentou comorbilidade apenas 6 adolescentes tinham **perturbações de humor** (Perturbação Depressiva *Major*, Distímia). Há ainda 5 (26.3%) adolescentes que apresentaram concomitantemente perturbações de ansiedade e humor (cf. quadro 8).

Quadro 8. Distribuição do número e tipo de diagnósticos comórbidos no grupo FSG.

Diagnósticos comórbidos à fobia social generalizada					
		1	2	3	Total
Número de diagnósticos comórbidos	N	9	7	3	19
	%	47.4	36.8	15.8	100%
		Perturbação ansiosa	Perturbação de humor	Ambas	Total
Perturbações comórbidas	N	13	1	5	19
	%	68.4	5.3	26.3	100%

A Fobia Específica e a Perturbação de Ansiedade Generalizada foram os diagnósticos mais frequentes (com 10 e 7 casos, respetivamente). Encontrámos, ainda, quatro situações de Perturbação Depressiva *Major* e quatro de Distímia. Perturbação Obsessivo Compulsiva, Perturbação de

Pânico com Agorafobia, PTSD verificaram-se duas vezes cada uma, e por último em menor frequência, verificou-se apenas um caso de Perturbação de Pânico sem Agorafobia.

3.2.2.2. FSG e consumo de substâncias

Foi analisado o consumo de substâncias (tabaco, álcool, outras drogas) por parte dos sujeitos e 30 (81.1%) afirmaram não ter nenhum tipo de consumo, sendo que 5 (13.5%) consome álcool e 2 (5.4%) consome tabaco.

3.2.2.3. FSG precedendo outros diagnósticos comórbidos

Ainda no grupo de sujeitos com fobia social com comorbidade foi analisado se esta perturbação precedeu o aparecimento das condições comórbidas, sendo que 12 sujeitos (63.2%) relataram que a FSG se iniciou antes do começo e desenvolvimento dos restantes diagnósticos comórbidos. Em três (15.8%) dos cinco casos de adolescentes que tinham mais que um quadro clínico comórbido à FSG verificou-se que o desenvolvimento desta perturbação precedia um ou dois dos distúrbios comórbidos. Nos restantes quatro adolescentes (21.1%), a FSG desenvolveu-se posteriormente às outras perturbações comórbidas.

3.2.2.4. FSG com e sem comorbidade: diferenças na interferência e qualidade de vida

Interferência

Estudou-se a possibilidade de os adolescentes com FSG com comorbidade percecionarem maior interferência desta perturbação nas várias áreas do quotidiano, e pior qualidade de vida comparativamente aos indivíduos com FSG sem condições comórbidas. Através do teste não paramétrico de *Mann-Whitney* verificámos que os grupos se distinguiram significativamente em todos os fatores da Escala de Incapacitação de *Sheehan* (estudos, vida social e vida afetiva), como é possível constatar na análise do quadro 9. Também em contexto de entrevista clínica a diferença de classificações de interferência entre os dois grupos foi estatisticamente significativa ($U=88.5$; $Z=-2.621$; $p=.009$). Deste modo, é perceptível que os adolescentes com perturbações comórbidas relataram um impacto mais marcado nas suas vidas comparativamente aos adolescentes sem comorbidade.

Quadro 9. Distribuição das medidas relacionadas com a interferência da fobia social pelos grupos de FSG com e sem comorbilidade. Teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças

Medidas	Comorbilidade	N	M	DP	U	Z	p
SDS-estudos	Sem	18	5.22	2.70	103	2.081	.037
	Com	19					
SDS- vida social	Sem	18	6.05	2.92	101.5	2.130	.033
	Com	19					
SDS- vida afetiva	Sem	18	5.27	3.52	98	2.231	.026
	Com	19					
SDS-total	Sem	18	5.51	2.48	86	2.588	.010
	Com	19					
Interferência ADIS-C	Sem	18	5.97	1.04	88.5	2.621	.009
	Com	19					

Nota: SDS= Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social; ADIS-C= grau de interferência da fobia social avaliado na entrevista ADIS-C.

Qualidade de vida

Relativamente à qualidade de vida e comparativamente ao grupo de fobia social sem diagnósticos adicionais, o grupo de fobia social com comorbilidade apresentou valores inferiores em todos os fatores do instrumento *kidscreen-27*. Contudo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no fator total da medida ($U=101.5$; $Z=-2.144$; $p=.035$), no fator de suporte social ($U=72$; $Z=-3.026$; $p=.002$) e no fator de ambiente escolar ($U=91$; $Z=-2.460$; $p=.014$) (cf. quadro 10).

Quadro 10. Distribuição das medidas de qualidade de vida pelos grupos de FSG com e sem comorbilidade. Teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças.

Medidas	Comorbilidade	N	M	DP	U	Z	p
K-total	Sem	18	88.97	17.71	101.5	-2.114	.035
	Com	19					
K- bem estar psicológico	Sem	18	21.54	6.01	113.5	-1.753	.080
	Com	19					
K - bem estar físico	Sem	18	14.70	4.29	138.5	-.993	.321
	Com	19					
K-relação com os pais	Sem	18	26.43	5.04	152.5	-.564	.573
	Com	19					
K - suporte social	Sem	18	13.76	4.15	72	-3.026	.002
	Com	19					
K - bem estar escolar	Sem	18	12.54	2.60	91	-2.460	.014
	Com	19					

Nota: K = *Kidscreen-27*: Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes.

IV – Estudo II: Comparação entre grupos: fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e ausência de patologia - impacto e comorbilidade

4.1. Metodologia

4.1.1. Amostra

Considerámos neste estudo a amostra total de 97 adolescentes, dividida em três grupos: amostra clínica de adolescentes com fobia social generalizada (FSG; n=37); amostra clínica de adolescentes com outras perturbações de ansiedade (OPA; n=25); e amostra sem patologia (N; n=35) (cf. Quadro 11). Especificamente, o grupo OPA é constituído por 9 casos de fobia específica, 6 casos de PAG, 5 de PTSD, 2 casos de perturbação obsessivo-compulsiva, e 1 caso de cada um dos seguintes diagnósticos: perturbação de pânico com agorafobia, a perturbação de pânico sem agorafobia, e agorafobia sem perturbação de pânico.

Quadro 11. Distribuição dos grupos por diagnóstico principal.

	FSG	OPA	N	Total
N	37	25	35	97
%	38.1	25.8	36.1	100

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

Os critérios de inclusão foram: idades compreendidas entre os 14 anos e os 18 anos, ter como diagnóstico primário fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade (que não fobia social), e não apresentar qualquer patologia. Relativamente aos critérios de exclusão: a) foram excluídos do estudo os sujeitos que não corresponderam ao diagnóstico pretendido nas entrevistas realizadas; b) foram excluídos aqueles protocolos cujo preenchimento se revelou incompleto e nos quais houve evidência clara de incumprimento das instruções de resposta.

Na descrição e comparação dos três grupos de jovens que constituíram a amostra, analisaram-se as características de distribuição por género, escolaridade e estatuto sócio-económico.

Na análise por género, verificámos que a maioria da amostra é do género feminino (n=63; 64.9% da amostra global), e que esta distribuição foi semelhante nos dois grupos clínicos. Contudo, no grupo de controlos normais verificámos que a maioria é do género masculino (n=19; 54.3%). O teste de qui-quadrado apontou para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$\chi^2_{(2)} = 11.464$; $p = .635$] (cf. Quadro 12).

Quadro 12. Distribuição dos grupos por gênero. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação das diferenças

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

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

Na comparação por idade, observou-se que na média de idades da amostra foi de 15.94 (DP=1.306), sendo as médias dos grupos bastante próximas entre si. As diferenças dos valores médios de idade não se apresentaram estatisticamente significativos, [$F_{(2, 94)} = 1.112$; $p = .333$], sendo possível concluir que os adolescentes dos três grupos não se distinguiram entre si nesta variável (cf. Quadro 13).

Quadro 13. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades dos grupos em estudo. ANOVA para verificação das diferenças

Grupos	N	M	DP	F	p
FSG	37	16.19	1.20		
OPA	25	15.80	1.44	1.112	.333
N	35	15.77	1.31		
Total	97	15.94	1.31		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

Relativamente aos anos de escolaridade, os grupos são equilibrados sendo que a maioria dos sujeitos dos três grupos em estudo frequenta o 10º ano de escolaridade, apresentando uma média geral de 10.32 (DP=1.177). As diferenças entre grupos não foram estatisticamente significativas [$F_{(2, 94)} = .600$; $p = .551$] (cf. Quadro 14).

Quadro 14. Médias (M) e desvios-padrão (DP) da escolaridade dos grupos em estudo. ANOVA para verificação das diferenças

Grupos	N	M	DP	F	p
FSG	37	10.49	1.17		
OPA	25	10.20	1.35	.600	.551
N	35	10.23	1.06		
Total	97	10.32	1.18		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

4.1.2. Instrumentos

O conjunto de instrumentos utilizados neste estudo foi o mesmo que no estudo anterior (com exceção da escala SDS-SP), e portanto a descrição

destes instrumentos pode ser consultada na secção correspondente no estudo 1. Neste estudo, a consistência interna do total do *kidscreen-27* foi de .94 no grupo de FSG, .87 no grupo OPA e .92 no grupo N. Os *Alpha* de *Cronbach* das cinco dimensões do *kidscreen-27*, bem como os restantes instrumentos e respetivos fatores utilizados em cada um dos três grupos em estudo encontram-se discriminados no anexo B.

4.1.3. Procedimentos

Os procedimentos de recolha das amostras clínicas (FSG e OPA) deste segundo estudo podem ser consultados na secção equivalente do estudo 1.

A amostra sem patologia deste estudo foi composta por adolescentes que não apresentavam qualquer diagnóstico clínico. Esta amostra foi recolhida através de processo de *screening* da amostra de população geral anteriormente descrita. Passaram a fazer parte da amostra de controlo os sujeitos que apresentaram, na bateria de testes, pontuações abaixo do ponto de corte nos questionários de ansiedade social e sintomatologia depressiva. Estes sujeitos não revelaram psicopatologia, facto que se confirmou pelos resultados da entrevista ADIS-C, que foi realizada posteriormente.

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20). Nos estudos intragrupos, foram realizadas estatísticas descritivas e teste qui-quadrado. Nas comparações intergrupos, optou-se pelo teste t de *Student* para amostras independentes. Para a comparação dos três grupos recorreu-se à análise de variância (*one-way* ANOVA). Foi escolhido o teste de Tukey para as comparações *post-hoc*, para localização das diferenças. A escolha deste teste deveu-se à consideração de que se trata de um dos mais robustos e adequados para esta situação (Maroco, 2007). Contudo é de salientar que pelo facto de um dos três grupos, nomeadamente o grupo OPA ser constituído apenas por 25 sujeitos, os resultados do presente estudo foram confirmados com análises estatísticas não paramétricas, para a obtenção de uma maior precisão nos resultados alcançados.

4.2. Resultados⁷

4.2.1. Comparação dos dois grupos clínicos no impacto da perturbação

4.2.1.1. Comparação dos dois grupos clínicos relativamente à interferência das perturbações

De modo a compararmos a interferência das perturbações nos adolescentes dos dois grupos clínicos recorreremos apenas a uma avaliação global da perturbação através da ADIS-C. Não se observaram diferenças

⁷ Para além dos resultados apresentados, incluímos nos anexos os quadros de correlações entre os instrumentos utilizados, em cada grupo (grupo FSG-anexo K; grupo OPA-anexo L; grupo N-anexo M).

estatisticamente significativas, uma vez que a média das avaliações foi de 6, (numa escala de 0 a 8) nos dois grupos (cf. quadro 15). Não nos foi possível avaliar o impacto para cada área de vida, individualmente, pois o único instrumento que dispúnhamos para esse efeito era a SDS-SP, que estava formulada como uma medida específica de interferência na fobia social.

Quadro 15. Médias (M) e desvios-padrão (DP) da interferência das perturbações nos dois grupos clínicos. Teste t-student para verificação das diferenças.

Medidas	Grupos	N	M	DP	t	p
Interferência	FSG	37	5.97	1.04	-.093	.926
	OPA	25	6.00	1.23		

Nota: interferência= grau de interferência da perturbação avaliado na entrevista ADIS-C; FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade.

4.2.1.2. Comparação dos três grupos relativamente à qualidade de vida

A comparação dos três grupos deste estudo utilizando análises da variância (ANOVA) e testes *post hoc* de Tukey para localização das diferenças no *kidscreen-27* permitiu verificar que os dois grupos clínicos não se distinguiram significativamente entre si, embora o grupo FSG tenha manifestado uma tendência para apresentar pontuações mais elevadas que o grupo OPA em todos os fatores. O grupo de controlo N distinguiu-se significativamente de ambos os grupos clínicos em todas as áreas avaliadas (com exceção do fator autonomia e relação com os pais, no qual não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre nenhum dos grupos), sendo o que apresentou melhor qualidade de vida (cf. Quadro 16).

Quadro 16. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com a qualidade de vida em função dos três grupos em estudo. Análise da Variância (ANOVA⁸) para verificação das diferenças. Testes *post hoc* de Tukey para localização das diferenças.

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Post-hoc
Kidscreen-27 total	FSG	37	88.97	17.71	18.638	.000	FSG,OPA<N
	OPA	25	96.88	12.57			
	N	35	110.06	12.53			
Kidscreen-27 bem estar psicológico	FSG	37	21.54	6.01	19.627	.000	FSG, OPA<N
	OPA	25	24.48	5.03			
	N	35	28.94	5.93			
Kidscreen-27 bem estar físico	FSG	37	14.70	4.29	18.188	.000	FSG,OPA<N
	OPA	25	16.44	3.72			
	N	35	20.11	3.45			

⁸ No anexo J encontram-se todas as médias, desvios-padrão e ANOVA's dos restantes instrumentos e respetivos fatores utilizados nos três grupos (FSG, OPA e N) em estudo.

Kidscreen-27	FSG	37	26.43	5.04			
autonomia e rel. com os pais	OPA	25	27.32	4.34	2.762	.068	FSG,,OPA,N
	N	35	28.83	3.49			
Kidscreen-27	FSG	37	13.76	4.15			
suporte social	OPA	25	15.64	3.08	10.789	.000	FSG,OPA<N
	N	35	17.40	2.38			
Kidscreen-27	FSG	37	12.54	2.60			
bem estar escolar	OPA	25	13.00	2.33	7.538	.001	FSG,OPA<N
	N	35	14.77	2.60			

Nota: Kidscreen-27 = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes; FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

4.2.1.3. Comparação dos três grupos nas relações interpessoais

À semelhança do que foi realizado no estudo I relativamente às variáveis que diziam respeito às relações interpessoais, foi do nosso intuito estudar esta temática também nos três grupos em análise neste estudo II, procedendo às comparações dos mesmos através do teste de Qui-quadrado de *Pearson*. Uma vez que este teste com três grupos não nos permite saber que grupos se diferenciam entre si, levámos também a cabo análises de comparação de grupos dois a dois.

Amizades

No estudo dos três grupos quanto à quantidade de amigos, verificámos que os grupos se distinguiram significativamente [$\chi^2_{(4)} = 21.811$; $p = .000$]. Sabíamos já que 18 (48.6%) adolescentes com FSG tinha afirmado ter menos amigos que os colegas, enquanto que a maioria dos sujeitos pertencentes aos dois outros grupos (N e OPA) referiu ter o mesmo número de amigos que os colegas (cf. quadro 17). Quando procedemos a análises dois a dois para detetar diferenças entre os grupos⁹, verificámos que os grupos FSG e OPA se distinguiram significativamente do grupo N [$\chi^2_{(2)} = 21.472$; $p = .000$ e $\chi^2_{(2)} = 8.666$; $p = .013$, respetivamente], e que os dois grupos clínicos não se distinguiram entre si ($\chi^2_{(2)} = 3.084$; $p = .214$).

⁹ Como a comparação χ^2 dos 3 grupos efetuada não nos permitia situar as diferenças entre os grupos, nos casos em que essas diferenças foram encontradas, procedemos também à comparação de grupos dois a dois (χ^2), de forma a detetar quais os grupos que se distinguiram entre si. O mesmo aconteceu nas análises relativas ao envolvimento em atividades extracurriculares de grupo (ponto seguinte) e ao contexto académico (ponto 4.2.1.4).

Quadro 17. Distribuição dos grupos em estudo por quantidade de amigos. Qui-quadrado de Pearson para verificação de diferenças.

Grupos	Mais amigos		Menos amigos		Igual nº de amigos		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
FSG	1	2.7	18	48.6	18	48.6	37	100	21.811	.000
OPA	2	8	7	28	16	64	25	100		
N	7	20	1	2.9	27	77.1	35	100		
Total	10	10.3	26	26.8	61	62.9	97	100		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

Relativamente ao **desejo de ter mais amigos**, os três grupos diferiram significativamente entre si [$\chi^2_{(2)} = 23.566$; $p = .000$]. Na comparação de grupos efetuada dois a dois, verificámos que foi o grupo de FSG que apresentou diferenças relativamente aos outros dois grupos (OPA e N) [$\chi^2_{(1)} = 8.376$; $p = .004$ e $\chi^2_{(1)} = 22.582$; $p = .000$, respetivamente], sendo que a maioria do grupo FSG respondeu afirmativamente à questão (73%). Pelo contrário, a maioria de sujeitos do grupo OPA e do grupo de controlo N (64% e 82.9%) referiu que não gostaria de ter mais amizades. Também nas análises dois a dois estes grupos não apresentaram diferenças significativas entre si [$\chi^2_{(1)} = 2.766$; $p = .096$].

No que concerne à **dificuldade em fazer amigos**, os três grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si ($\chi^2_{(2)} = 35.137$; $p = .000$). É de salientar que no grupo N nenhum adolescente referiu ter dificuldades em fazer amigos e no grupo OPA apenas 5 sujeitos (20%) afirmaram sentir essa dificuldade. Desta forma, na amostra total dos sujeitos que afirmaram ter estas dificuldades 82.1% eram adolescentes com FSG, verificando-se que este grupo se distinguiu dos outros dois (OPA e N) [$\chi^2_{(1)} = 10.709$; $p = .001$ e $\chi^2_{(1)} = 31.969$; $p = .000$, respetivamente]. Também no que diz respeito à **dificuldade em manter as amizades** os três grupos se distinguiram significativamente [$\chi^2_{(2)} = 16.448$; $p = .000$], embora a maioria dos adolescentes da amostra total (85.6%) tenha relatado não ter dificuldades em manter amizades, incluindo o grupo de FSG em que 67.6% não revelou dificuldades neste aspeto. Contudo este grupo distinguiu-se do grupo OPA e do grupo N [$\chi^2_{(1)} = 5.094$; $p = .024$ e $\chi^2_{(1)} = 13.622$; $p = .000$, respetivamente], enquanto que o grupo OPA e o grupo N não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si [$\chi^2_{(1)} = 2.897$; $p = .089$].

Envolvimento em atividades extracurriculares de grupo

Considerando o envolvimento em atividades extracurriculares em grupo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$\chi^2_{(2)} = 4.550$; $p = .103$]. Porém, destaca-se o facto de a maioria dos adolescentes do grupo N estava envolvida em qualquer atividade deste âmbito (62.9%), enquanto que a maioria dos adolescentes dos outros dois grupos não estava (59.5% do FSG e 60% do grupo OPA) (cf. Quadro 18).

Quadro 18. Distribuição dos grupos em estudo relativamente ao envolvimento em atividades extracurriculares em grupo. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças.

Grupos	Com atividades extracurriculares		Sem atividades extracurriculares		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
FSG	15	40.5	22	59.5	37	100		
OPA	10	40	15	60	25	100	4.550	.103
N	22	62.9	13	37.1	35	100		
Total	47	48.5	50	51.5	97	100		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

No que concerne ao **desejo de como passar a maior parte do tempo** - sozinho ou com outros adolescentes – não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$\chi^2_{(2)} = 2.898$; $p = .235$], sendo que a maioria dos adolescentes dos três grupos referiu que preferia passar a maior parte do tempo com os pares, destacando-se o grupo FSG no qual se verificou uma maior percentagem de adolescentes a desejar estar sozinhos (18.9%).

4.2.1.4. Comparação dos três grupos no contexto académico

No estudo das diferenças entre os três grupos no contexto académico recorreu-se a testes qui-quadrado através do qual se compararam os grupos no que diz respeito às variáveis seguintes: número de repetências, rendimento escolar, relação entre a ansiedade excessiva e dificuldades académicas, e por último, perceber se as outras pessoas (professores, pais, amigos) também consideram a relação anterior. Em todas estas variáveis analisadas os grupos distinguiram-se significativamente (cf. quadro 19), à exceção do **número de repetências e risco de reprovarem** em que não se verificaram diferenças significativas entre os grupos [$\chi^2_{(6)} = 7.497$; $p = .277$; $\chi^2_{(4)} = 3.713$; $p = .446$], sendo que a maioria dos sujeitos de cada grupo nunca reprovou nem esteve em risco de repetir o ano escolar.

Quando avaliámos as respostas dos adolescentes relativamente às expectativas acerca do rendimento académico, o grupo de OPA destacou-se por ser o que revela, na sua maioria (56%), que o **rendimento escolar é inferior ao desejado** e esperado, contrastando com apenas 5 (11.4%) sujeitos do grupo de controlo (cf. quadro 24). Nas comparações de grupos dois a dois verificámos que ambos os grupos clínicos se distinguiram do grupo sem patologia [$\chi^2_{(1)} = 14.706$; $p = .000$; $\chi^2_{(1)} = 13.796$; $p = .000$, respetivamente]. Somente o grupo FSG e o grupo OPA não diferiram significativamente entre si [$\chi^2_{(1)} = .023$; $p = .880$].

Quando questionados acerca de possíveis razões para que tal aconteça, foram os adolescentes com FSG quem considerou que as **dificuldades escolares podem ser influenciadas pela ansiedade excessiva** que sentem em situações de avaliação (34; 91.9%) (cf. quadro 24), sendo que este grupo se distinguiu do grupo OPA e do grupo N ($\chi^2_{(1)} = 17.195$; $p = .000$; $\chi^2_{(1)} =$

49.985; $p = .000$, respetivamente). Estes dois últimos grupos também diferiram entre si ($\chi^2_{(1)} = 10.232$; $p = .001$). Adicionalmente, o grupo FSG foi o que apresentou valores mais elevados relativamente ao facto de **outras pessoas considerarem que a ansiedade excessiva** em situações académicas pode influenciar negativamente o seu desempenho enquanto alunos (cf. quadro 24), distinguindo-se dos outros dois grupos (OPA e N) [$\chi^2_{(1)} = 6.147$; $p = .013$; $\chi^2_{(1)} = 42.206$; $p = .000$, respetivamente].

Quadro 19. Distribuição dos grupos em estudo relativamente às variáveis sobre o contexto académico. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças.

		FSG		OPA		N		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%		
Rendimento inferior às expectativas	Sim	20	54.1	14	56	4	11.4	17.716	.000
	Não	17	45.9	11	44	31	88.6		
Dificuldades vs. ansiedade	Sim	34	91.9	11	44	3	8.6	50.357	.000
	Não	3	8.1	14	56	32	91.4		
Perceção de outras pessoas	Sim	29	78.4	12	48	1	2.9	42.087	.000
	Não	8	21.6	13	52	34	97.1		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

4.2.2. Comparação dos grupos em relação à comorbilidade

4.2.2.1. Comparação dos dois grupos clínicos relativamente à comorbilidade com outras perturbações mentais

Realizaram-se testes qui-quadrado para explorar diferenças entre o grupo FSG e o grupo com OPA no que concerne à existência de diagnósticos comórbidos. Foi possível verificar que os grupos não diferiram a este respeito [$\chi^2_{(6)} = .067$; $p = .796$], e que 19 (51.4%) e 12 (48%) dos adolescentes com FSG e OPA, respetivamente, tinham comorbilidade.

Relativamente ao **número de diagnóstico comórbidos** também não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$\chi^2_{(3)} = 4.482$; $p = .214$], embora seja de realçar o número superior de adolescentes com FSG com dois ou três quadros clínicos adicionais, comparativamente ao grupo OPA (cf. quadro 20).

Quadro 20. Distribuição dos grupos em estudo pelo número de diagnósticos comórbidos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças.

	Número de diagnósticos comórbidos										χ^2	p
	0		1		2		3		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
FSG	18	48.6	9	24.3	7	18.9	3	8.1	37	100	4.482	.214
OPA	13	52	10	40	2	8	0	0	25	100		
Total	31	50	19	30.6	9	14.5	3	4.8	62	100		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade.

Se tivermos em conta o **tipo de diagnósticos** mais comum nos grupos

clínicos, constatamos que as perturbações ansiosas foram mais frequentes na maioria dos sujeitos de cada grupo, e que também nesta variável os grupos não se distinguem [$\chi^2_{(2)} = 4.983$; $p = .085$]. De notar que o grupo FSG há mais adolescentes com ambos os distúrbios ansiosos e de humor ($n=5$; 26.3%) do que o grupo OPA, embora as diferenças não sejam significativas (cf. quadro 21).

Quadro 21. Distribuição dos grupos em estudo pelo tipo de diagnósticos comórbidos. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças.

	Tipo de diagnósticos comórbidos								χ^2	p
	Pert. ansiosa		Pert. de humor		Ambas		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
FSG	13	68.4	1	5.3	5	26.3	19	100	4.983	.085
OPA	7	58.3	4	33.3	1	8.3	12	100		
Total	20	64.5	5	16.1	6	19.4	31	100		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

4.2.2.2. Comparação dos dois grupos clínicos relativamente ao impacto derivado da comorbilidade

No estudo dos dois grupos clínicos quanto à interferência e qualidade de vida, foram calculados testes t de *Student*, para amostras independentes, comparando os sujeitos que tinham condições comórbidas pertencentes aos dois grupos clínicos.

Interferência

No que concerne à interferência das perturbações avaliada pela ADIS-C verificámos que ambos os grupos classificaram a interferência das perturbações, em média, com um grau de 6 (numa escala de 0 a 8) e que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos (cf. quadro 22).

Quadro 22. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com a interferência em função da comorbilidade dos dois grupos clínicos, através de T-student para verificação das diferenças.

Medidas	Grupos	N	M	DP	t	p
Interferência	FSG	19	6.42	.838	.482	.634
	OPA	12	6.25	1.14		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; Interferência= grau de interferência da perturbação avaliado na entrevista ADIS-C.

Qualidade de vida

Relativamente à qualidade de vida, foi possível verificar que o grupo de FSG apresentou valores médios inferiores comparativamente ao grupo OPA, contudo apenas no fator que avaliou o suporte social e relação com os pares as diferenças foram estatisticamente significativas (cf. quadro 23).

Quadro 23. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas relacionadas com a qualidade de vida em função da comorbilidade dos dois grupos clínicos, através de T-student para verificação das diferenças.

Medidas	Grupos	N	M	DP	t	p
Kidscreen-27 total	FSG	19	83	15.89	-2.039	.051
	OPA	12	94.75	15.19		
Kidscreen-27 bem psicológico	FSG	19	19.68	5.41	-1.546	.133
	OPA	12	22.92	6.08		
Kidscreen-27 bem estar físico	FSG	19	14	4.08	-.888	.382
	OPA	12	15.25	3.33		
Kidscreen-27 autonomia	FSG	19	25.95	4.68	-1.109	.276
	OPA	12	27.75	3.91		
Kidscreen-27 suporte social	FSG	19	11.84	4.22	-2.837	.008
	OPA	12	15.83	3.04		
Kidscreen-27 ambiente escolar	FSG	12	11.53	2.97	-1.387	.176
	OPA	19	13	2.73		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; Kidscreen-27 = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes.

4.2.2.3. Comparação dos três grupos relativamente ao consumo de substâncias

À semelhança do que foi realizado no estudo I, analisámos o consumo de substâncias de modo a compararmos os três grupos, e observámos que a maioria dos adolescentes de cada grupo afirmou não consumir qualquer tipo de substâncias (tabaco, álcool, outras drogas). Apesar de não ter havido diferenças significativas entre os grupos [$\chi^2_{(6)} = 10.276$; $p = .114$], verificou-se que os adolescentes sem patologia foram os que apresentaram valores mais elevados de consumo comparativamente aos outros grupos (cf. quadro 24).

Quadro 24. Distribuição dos grupos em estudo pelo consumo de substâncias. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação de diferenças.

Grupo	Consumo de substâncias										χ^2	p
	Não consome		Tabaco		Álcool		Drogas		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
FSG	30	81.1	2	5.4	5	13.5	0	0	37	100	10.276	.114
OPA	20	80	3	12	1	4	1	4	25	100		
N	23	65.7	2	5.7	10	28.6	0	0	35	100		
Total	73	75.3	7	7.2	16	16.5	1	1	97	100		

Nota: FSG=fobia social generalizada; OPA=outras perturbações de ansiedade; N=amostra sem patologia.

V – Estudo III: Prevalência da ansiedade social elevada em indivíduos da população geral

5.1. Metodologia

5.1.1. Amostra

Para concretizar os objetivos a que nos propusemos, foi realizado um terceiro estudo com base numa amostra de 1113 participantes da população geral recolhida em diversos estabelecimentos de ensino do país.

Os critérios de inclusão dos participantes incluíram: idade superior a 14 anos e inferior a 18 anos, inclusive, enquanto que os critérios de exclusão utilizados foram: a) estudantes fora da faixa etária considerada; b) o evidente incumprimento das instruções de resposta para o preenchimento do protocolo; c) o não preenchimento de todos os itens. Relativamente à seleção dos sujeitos a participar no estudo, foi utilizada uma amostra de conveniência e a participação dos estudantes foi voluntária.

5.1.1.1. Características demográficas

A amostra da população geral foi constituída por 1113 sujeitos, dos quais 453 pertencem ao género masculino (40.7%) e 660 ao género feminino (59.3%). Foi obtida uma média de idades do total da amostra de 15.85 (DP=1.29), sendo que se destacou a menor frequência dos sujeitos com 18 anos, que consistiu apenas 10.2% da amostra. No quadro 25 está caracterizada a amostra da população geral no que concerne às variáveis género, idade, anos de escolaridade.

Quadro 25. Características gerais da amostra: género, idade e ano de escolaridade.

	Género						t	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
	453	40.7	660	59.3	1113	100		
Idade								
14	80	17.7	144	21.8	224	20.1		
15	98	21.6	138	20.9	236	21.2		
16	107	23.6	144	21.8	251	22.6		
17	123	27.2	166	25.2	289	26.0		
18	45	9.9	68	10.3	113	10.2		
Escolaridade								
9º ano	130	28.7	204	30.9	334	30.0		
10º ano	116	25.6	181	27.4	297	26.7		
11º ano	86	19.0	110	16.7	196	17.6		
12º ano	121	26.7	165	25.0	286	25.7		
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	15.90	1.26	15.81	1.31	15.85	1.29	1.126	.260
Escolaridade	10.44	1.165	10.36	1.16	10.39	1.16	1.120	.263

No que concerne à escolaridade, a amostra foi distribuída entre o 9º e 12º ano ($M=10.39$; $DP=1.16$), e é de salientar que o 11º ano representou apenas 17.6% do total da amostra. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino ao nível da distribuição desta variável no que diz respeito à idade ($t_{(111)}=1.126$; $p=.260$) nem à escolaridade ($t_{(111)}=1.120$; $p=.263$) (cf. Quadro 25).

5.1.2. Instrumentos

A bateria de testes utilizados neste estudo diferiu do conjunto de instrumentos dos estudos anteriores, uma vez que não incluiu todas as escalas de medida que foram utilizadas. Como tal, neste terceiro estudo forma apenas utilizados os seguintes questionários: EAESSA (Escala de Ansiedade de Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes) para avaliar a ansiedade social, e RT (Reações aos Testes) como medida de ansiedade aos testes e SDS-SP (Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social) para avaliar a interferência da ansiedade social na vida dos estudantes. A descrição destes instrumentos pode ser consultada na secção correspondente no primeiro estudo.

Relativamente aos valores de consistência interna dos instrumentos no presente estudo para amostra de população geral, a EAESSA a subescala Desconforto/Ansiedade foi de .95 e a subescala de Evitamento foi de .91. O RT apresentou um *alpha* de *Cronbach* de .94, e no SDS-SP foi encontrada uma consistência interna de .72.¹⁰

5.1.3. Procedimentos

O procedimento de recolha da população geral foi o mesmo que o procedimento de recolha de sujeitos nos estabelecimentos de ensino no primeiro e segundo estudos da presente investigação, pelo que deve ser consultado na secção correspondente referente ao primeiro estudo. De notar que neste terceiro estudo não houve qualquer tipo de processo de *screening*, ou seja, a amostra descrita é constituída por todos os adolescentes de todos os estabelecimentos de ensino que reuniam requisitos para participar na investigação.

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20). Para a caracterização da amostra em estudo foram realizadas estatísticas descritivas e testes *t-student* para a identificação de diferenças. As restantes análises do estudo consistiram em análises estatísticas de frequências.

¹⁰ No anexo N encontram-se todas as médias e desvios-padrão dos instrumentos e respetivos fatores utilizados neste estudo.

5.2. Resultados

5.2.1. Ansiedade social elevada em adolescentes da população geral

Para analisar a frequência de adolescentes da população geral com ansiedade social elevada baseámo-nos nos resultados obtidos na EAESSA, uma vez que esta escala contempla um leque variado de situações sociais, bem como avalia a dimensão de intensidade da ansiedade e a frequência de evitamento associada a cada uma das situações. Para além disso, a EAESSA possui boa capacidade diagnóstica para detetar adolescentes com fobia social e distinguir adolescentes com fobia social de adolescentes com outras perturbações ansiosas ou sem psicopatologia (Cunha, 2005). Adicionalmente, para completar esta análise recorreremos à SDS-SP de modo a avaliarmos o grau de interferência da ansiedade social na vida do adolescente. Deste modo, pretendemos aproximar-nos dos critérios definidos pelo DSM-IV necessários ao diagnóstico da fobia social (desconforto, evitamento e interferência), de modo a que esta amostra de adolescentes com ansiedade social elevada se aproximasse o mais possível de uma amostra clínica.

Com o objetivo de alcançar uma perspetiva alargada da manifestação da ansiedade social nos adolescentes, utilizámos diferentes critérios para a avaliação da ansiedade social, analisando para cada um a prevalência, tendo tido como base os valores de ponto de corte. A distinção dos critérios para a análise de prevalência foi efetuada da seguinte forma: a) baseada no grau de ansiedade/desconforto nas situações sociais (EAESSA subescala desconforto); b) através do grau de ansiedade e de evitamento (EAESSA subescala desconforto e subescala evitamento) nas situações sociais; c) através do grau de ansiedade e de evitamento (EAESSA subescala desconforto e subescala evitamento) associado a uma interferência marcada na vida do adolescente em qualquer uma das três áreas de vida avaliadas (SDS-SP maior ou igual a 6¹¹); d) considerando o grau de ansiedade e evitamento associado a uma média de interferência geral marcada na vida do adolescente (SDS-SP média maior ou igual a 6).

Iniciámos, então, este estudo tendo em conta um critério mais abrangente no qual a análise da prevalência foi baseada no grau de ansiedade/desconforto em situações sociais no qual os adolescentes pontuassem acima do intervalo normativo na subescala desconforto da EAESSA. Obtivemos, na amostra total de 1.113, 159 adolescentes (14.3%) com pontuações acima do ponto de corte, e destes 66% eram do sexo feminino.

De seguida utilizámos o critério no qual a ansiedade social elevada foi avaliada segundo a conjugação do grau de ansiedade e de evitamento acima dos intervalos normativos, tendo-se verificado que 104 adolescentes (9.34%) cumpriam este critério (62.5% do género feminino e 37.5% do género

¹¹ Considerando que a SDS varia entre 0 e 10 optámos por um ponto de corte de 6 como valor de interferência moderada.

masculino).

Quando a análise foi efetuada conjugando o grau de ansiedade e evitamento acima do intervalo médio com o grau de interferência na vida do adolescente em qualquer uma das três áreas de vida (SDS-SP com valores iguais ou superiores a 6 em cada item), obtivemos 77 adolescentes (6.9%), 51 (66.2%) dos quais eram raparigas.

A última análise foi realizada através do critério d) supra mencionado, ou seja, utilizámos o grau de ansiedade e evitamento acima dos intervalos normativos e recorremos à média dos três fatores da SDS-SP (com valor igual ou superior a 6) de modo a observarmos o grau de interferência geral, tendo sido obtida uma percentagem de 4%, correspondente a 45 jovens, maioritariamente do sexo feminino (73.3%).

5.2.2. Ansiedade de desempenho elevada em adolescentes da população geral

Para além da análise anterior, fomos averiguar a ansiedade social específica e exclusiva a situações de desempenho, acrescentando, aos instrumentos utilizados nas análises anteriores, o RT como medida de ansiedade aos testes. Utilizámos novamente vários critérios de avaliação e recorremos aos valores dos limites inferiores e superiores dos intervalos normativos das medidas utilizadas, segundo o género¹².

Primeiramente, recorremos à subescala de desconforto da EAESSA utilizando apenas o fator 3¹³, por este ser o único fator da escala com itens referentes a desempenho em situações formais, a maioria das quais se refere a situações de desempenho em contexto escolar. Nesta análise, 35 jovens (3% da amostra) revelaram ter ansiedade social circunscrita a situações de desempenho escolar, ao terem apresentado valores superiores ao intervalo normativo no fator 3 (68.6% do género masculino e 31.4% do género feminino).

Posteriormente, avaliámos os sujeitos tendo em conta valores acima do intervalo normativo, tanto do fator 3 da subescala de desconforto como do fator 3 da subescala de evitamento¹⁴ da EAESSA. Com base nestas

¹² É de notar que nas quatro análises seguintes, para os fatores F1, F2, F4, F5 e F6 da EAESSA foram utilizados os valores de limite inferior do intervalo normativo da escala, enquanto que, para o fator 3 foram utilizados os valores superiores ao intervalo normativo.

¹³ O fator 3 da subescala de desconforto da EAESSA é constituído pelos seguintes itens: 4. *Ler em voz alta perante a turma*; 5. *Escrever enquanto estás a ser observado(a)*; 26. *Fazer uma prova oral, ou expor oralmente um trabalho*; 28. *Ser chamado(a) para “ir ao quadro”*; 29. *Tomar iniciativa de responder a uma questão, ou pedir um esclarecimento, numa aula ou reunião*.

¹⁴ O fator 3 da subescala de evitamento da EAESSA é constituído pelos itens: 4, 5, 26, 28 e 29 do fator 3 da subescala de desconforto e pelos seguintes itens: 15. *Desempenhar, pela primeira vez, um papel ou uma tarefa nova perante um colega ou grupo de colegas*; e 33. *Participar nas festas da escola (ex.: festa de encerramento do ano letivo)*.

condições, obtivemos 18 adolescentes (1.62%), sendo que destes 61.1% eram rapazes.

Pretendemos completar as análises anteriores acrescentando o grau de invalidação ou interferência da ansiedade de desempenho na vida do adolescente, avaliada pelo fator 1 da SDS-SP relativo à área acadêmica. Assim, com este critério mais exigente, para além de os sujeitos terem valores acima do intervalo normativo no fator 3 da subescala de desconforto e de evitamento da EAESSA, deviam apresentar valores iguais ou superiores a 6 na área acadêmica da SDS-SP. Com a conjugação destes critérios obtivemos 8 jovens (6 rapazes e 2 raparigas) (0.72%).

Finalmente, considerámos o RT como medida adicional à análise anterior, ou seja, adicionalmente os adolescentes deveriam apresentar valores superiores ao intervalo normativo do RT. Verificámos, com estes critérios, uma prevalência de 6 jovens (5 rapazes e uma rapariga) (0.54%) da população geral que manifestou ansiedade apenas em situações de desempenho.

VI – Discussão

Com o intuito de alargar o conhecimento sobre a ansiedade social em adolescentes efetuaram-se três estudos, cujas principais conclusões, implicações para a prática clínica e decorrentes sugestões para investigação futura apresentamos de seguida.

6.1. Estudo I: Impacto e comorbilidade na Fobia Social Generalizada

Através do primeiro estudo propúnhamo-nos contribuir para uma caracterização da ansiedade social na adolescência relativamente ao impacto desta perturbação na qualidade de vida do adolescente, analisando o contexto interpessoal e académico, bem como a comorbilidade com outros quadros clínicos.

6.1.1. Impacto da Fobia Social Generalizada

Perceção da interferência nas várias áreas de vida

De acordo com a hipótese 1 deste ponto, esperávamos que a FSG interferisse significativamente com a vida dos adolescentes. Esta hipótese foi confirmada, tendo-se encontrado que, em média, os adolescentes classificaram com 6 a interferência global da perturbação, numa escala de 0 a 8, o que está de acordo com os estudos que referem que a **ansiedade social elevada interfere marcadamente na vida do adolescente** (e.g., LaGreca & Lopez, 1998; Storch, Brassard, & Masia-Warner, 2003). Comparando os diferentes domínios foi na **área social de relação com os pares que foram obtidos os valores mais elevados de interferência**, seguida do funcionamento afetivo e do domínio académico/escolar. Não foram raros os casos em que estes domínios foram assinalados como marcada e severamente afetados. É nas relações interpessoais que os jovens sentem que as suas dificuldades sociais mais atrapalham a sua vida, uma vez que níveis elevados de ansiedade social têm um impacto negativo no funcionamento

interpessoal e na percepção das amizades e do suporte social (Albano & Detweiler, 2001; Beidel et al, 1999; La Greca & Lopez, 1998; Kingery et al, 2010; Salvador, 2009; Storch et al, 2003). Apesar da área afetiva não ter sido indicada pelos adolescentes como sofrendo maior impacto, verificámos através das respostas da escala EAESSA que é nesta área que os adolescentes manifestam mais desconforto e evitamento de situações sociais. Tendo em conta que desafios desenvolvimentais específicos da idade, tais como arranjar um(a) namorado(a), têm especial importância para os jovens na adolescência, facilmente se compreende o impacto negativo da preocupação excessiva em criar a impressão desejada, do medo de ser rejeitado pelos potenciais pares amorosos e do evitamento de situações em que antecipem esta rejeição. Os nossos resultados vão de encontro ao que vários autores referem relativamente a facto de a ansiedade social interferir com o desenvolvimento e qualidade das relações amorosas (e.g., Fehm et al, 2008; Glickman & La Greca 2004; La Greca & Mackey, 2007). O evitamento social dos jovens pode contribuir para que tenham mais dificuldades em estabelecer com sucesso relações próximas com os pares (Bernstein et al, 2008; La Greca & Lopez, 1998; Rao et al. 2007), fazendo com que estas tarefas desenvolvimentais ocorram mais tarde, comparativamente com os jovens não fóbicos ou que não ocorram de todo (Albano & Detweiler, 2001). Deste modo e uma vez que as tarefas próprias da adolescência envolvem a aprendizagem e aquisição de comportamentos sociais facilmente se compreende como o evitamento das situações e isolamento social pode ser particularmente problemático na adolescência.

Desta forma, foi possível confirmar a segunda hipótese deste estudo, nomeadamente a **associação entre a ansiedade social e a percepção da interferência** nas várias áreas de vida do adolescente, ou seja, quanto maior a ansiedade social maior o impacto percebido (La Greca e Lopez, 1998; Wittchen et al, 2000). Ao contrário do esperado, não se observaram correlações significativas entre a EAESSA e a SDS-SP na área dos estudos, que justificamos pelo facto de a EAESSA ter apenas um fator que avalia situações formais e de desempenho, uma vez que no RT a associação entre a ansiedade de desempenho e a percepção de interferência na área académica foi expressa.

Fobia social e a qualidade de vida

Ao analisarmos o impacto da FSG na qualidade de vida e de acordo com a terceira hipótese deste estudo, concluímos que os jovens que experienciavam **maiores níveis de ansiedade social** se perceberam como tendo **menor qualidade de vida** (Fehm et al, 2008; Ghaedi et al, 2009; Schneier et al., 1994), estando o seu bem-estar psicológico afetado pela interferência da perturbação no seu dia a dia. As situações de ansiedade aos testes foram as que estavam mais associadas a menor QV relativa ao bem-estar psicológico e ao ambiente escolar, o que se compreende tendo em conta que a ansiedade em situações de desempenho escolar representa, uma limitação importante na vida pessoal e social, uma vez que, o sucesso escolar constitui um aspeto importante na vida do adolescente (e.g. McDonald, 2001; Prins & Hanewald, 1997). A QV relativa ao suporte social e relação

com os pares foi igualmente associado negativa e significativamente a ansiedade/desconforto e evitamento de situações sociais. Como foi supramencionado, uma vez que no período da adolescência as relações interpessoais são valorizadas como sendo as mais importantes, é frequente que um pior funcionamento social seja associado a uma maior insatisfação com a vida. Aliás, vários autores (Fehm et al, 2008; Ghaedi et al, 2009; Schneier et al., 1994; Wittchen et al, 2000), embora em amostras com adultos, verificaram que a qualidade de vida foi significativamente reduzida em vários domínios de vida, entre os quais, funcionamento social e emocional.

Fobia social generalizada e relações interpessoais

Quando avaliámos mais pormenorizadamente as relações interpessoais, verificámos que os resultados foram concordantes com os resultados gerais anteriores e confirmaram as nossas hipóteses de estudo (H4 e H5) e a revisão da literatura apresentada, na qual os jovens com FSG apresentaram dificuldades neste âmbito (Beidel et al, 1999; Bernstein et al, 2008; La Greca & Lopez, 1998; Rao et al. 2007). Os resultados, à semelhança dos dados encontrados por Salvador (2009), mostraram que os adolescentes com FSG: **têm menos amigos que os colegas; relatam ter dificuldade em fazer amizades; a grande maioria gostaria de ter mais amigos e de passar a maior parte do tempo com os pares.** Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de a maioria dos adolescentes desta amostra (59.5%) não estar envolvida em atividades extracurriculares em grupo, tal como tínhamos hipotetizado. Este valor é mais elevado do que o valor encontrado por Beidel e colaboradores (2007) (31.7%). Num outro estudo de Beidel e colaboradores (1999) os jovens também relataram níveis de desocupação social de acordo com os encontrados no nosso estudo - 50% não esteve envolvido em quaisquer atividades extracurriculares (desporto, música, dança, pintura, teatro, etc) ou atividades com os pares.

Fobia social generalizada no contexto académico

Na hipótese 6 deste estudo prevíamos que a ansiedade social podia influenciar negativamente o desempenho académico dos alunos, embora não fosse preditiva de insucesso escolar ao ponto de estar associada a repetências escolares. Neste sentido, encontrámos que a maioria dos adolescentes com FSG **não tinha um histórico de repetências escolares** nem se quer de risco de reprovar, como sugere Kessler (2003) e Fernandes & Terra (2008). Não obstante, relataram que seu **rendimento escolar é inferior às expectativas**, e quase todos os jovens da amostra do estudo referiram que as **dificuldades escolares** estavam, na maioria das vezes, **relacionadas com a ansiedade excessiva** que sentem nas situações de avaliação e desempenho académico, influenciando-o negativamente. Estes resultados estão de acordo com o que tínhamos hipotetizando, ou seja, que os adolescentes com FSG têm a perceção de um rendimento escolar abaixo do esperado, bem como a perceção que essa discrepância está relacionada com as suas dificuldades. Também Kashdan & Herbert (2001) verificaram que os jovens com fobia

social obtiveram resultados escolares abaixo das suas possibilidades e vários outros autores (Cassady & Johnson, 2002; Mazzone et al, 2007; McDonald, 2001; Sarason & Sarason, 1990) têm comprovado que a ansiedade elevada em situações de avaliação interfere no desempenho. Esta informação é reforçada pelo facto de os pais, professores e/ou colegas já terem identificado e relacionado as dificuldades académicas à ansiedade que os adolescentes manifestam em situações de avaliação. Estes dados são consistentes com diversos estudos que sugerem a existência de um desconforto emocional grande que pode interferir no funcionamento diário ao nível da escola e dos amigos (e.g., Beidel et al, 1999). Curiosamente, o estudo de Mazzone e colaboradores (2007) indicava que a ansiedade interfere com o funcionamento escolar somente quando um nível de ansiedade excessivo é atingido, enquanto que dentro da faixa "normal", ser mais ansioso não implica automaticamente pior funcionamento académico e de facto pode, em certa medida, ser motivador e reforçador para desempenho académico. Estes dados relativamente ao impacto da FSG no contexto académico alertam para a importância de uma intervenção precoce na escola, orientada para as dificuldades destes jovens.

Concordância interavaliadores

Após esta caracterização da FSG no que diz respeito ao impacto e qualidade de vida, convém refletir sobre a concordância dos relatos dos adolescentes e dos pais relativamente à interferência deste quadro clínico. Segundo alguns autores, são observadas divergências de relatos interavaliadores em amostras clínicas de crianças e adolescentes ansiosos (Achenbach, 2006; Hartley et al, 2011; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Reyes et al, 2010), algo que se comprovou com os nossos resultados, uma vez que relativamente a todas as dimensões avaliadas (à exceção da área afetiva) se verificaram **concordâncias muito baixas entre os avaliadores**, confirmando assim a hipótese 7 deste estudo. Constatámos também que as concordâncias de avaliações variaram consoante a área avaliada, onde as relações com **os pares foi a que despertou mais desacordo, seguindo-se a área dos estudos e a área afetiva**. Estes dados são consistentes com os estudos que referem que as diferenças nas magnitudes de discrepâncias entre informantes dependem dos contextos em que os comportamentos são realizados e observados (por exemplo, casa, escola; com pares ou adultos) (De Los Reyes & Kazdin, 2005), para além de serem dependentes do tipo de problema e do par informante (e.g., pais-filho, pais-professores) (Achenbach, 2006). Uma vez que as dificuldades interpessoais e académicas dos jovens se manifestam mais acentuadamente em ambiente social e escolar, contextos que os pais não acedem com regularidade, é natural que estes não se apercebam do grau de interferência real das dificuldades dos filhos. Em contraste, as divergências tendem a ser menores quando os sintomas avaliados são óbvios e observáveis por exemplo, quando sabem que os filhos não têm namorada(o), ou quando os pais têm conhecimento que as notas do adolescente são inferiores ao desejado. Consideramos que estas discrepâncias de relatos interavaliadores podem estar relacionadas com a reduzida procura de ajuda e encaminhamento clínico dos jovens (Essau et

al, 1999), uma vez que os pais não avaliam da mesma forma a gravidade e interferência dos problemas dos filhos. Este aspeto leva-nos à questão da dificuldade de reconhecimento por parte dos pais, professores e técnicos de saúde destas dificuldades como uma condição específica que pode e deve ser ajudada. Uma vez que níveis elevados de ansiedade social colocam o adolescente em risco de desenvolver problemas, a longo prazo, importa alertar os adultos responsáveis para uma identificação precoce destes sinais de sofrimento ou dificuldades sociais e/ou de desempenho, com o objetivo de interromper o processo de ansiedade e de promover o comportamento adequado e o bom funcionamento em adultos. Em suma, estas discrepâncias interavaliadores podem ocorrer frequentemente e têm inúmeras implicações para o encaminhamento, avaliação e tratamento da fobia social na adolescência.

6.1.2. Comorbilidade da Fobia Social Generalizada

No que concerne à comorbilidade na FSG, os resultados obtidos confirmaram, nos seus aspetos essenciais, os dados encontrados na literatura (Beidel et al, 1999, 2007; Cunha, 2005; Kessler et al., 1999; Rao, 2007; Salvador, 2009; Wittchen, 1999), e a hipótese 8, na qual era esperado que a maioria dos adolescentes com FSG apresentasse condições comórbidas. De facto, a **maioria (51,3%) apresentou condições comórbidas** (47.4% com um diagnóstico comórbido, 36.8% com dois e 15.8% com três). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por outros autores em amostras clínicas, 57.1% (Beidel et al, 2007) de jovens com um diagnóstico secundário. Valores semelhantes foram encontrados por Cunha (2005) (55%) e por Rao e colaboradores (2007) (47.4%). Mais ainda, Salvador (2009) verificou que 70,8% de uma amostra de adolescentes com fobia social generalizada apresentava diagnósticos comórbidos (33.3% dos adolescentes com FSG apresentavam um diagnóstico comórbido, 12.5% dois e 25% três) Este valor superior de comorbilidade nestes estudos pode ter-se devido ao facto de que a amostra utilizada apresentava valores de interferência mais elevados do que a do presente estudo, podendo esta também estar relacionada com a existência de mais adolescentes com diagnósticos comórbidos.

Nos casos com comorbilidade, **a maioria dos adolescentes apresentou perturbações de ansiedade**, sendo a fobia específica e a perturbação de ansiedade generalizada as mais frequentes. Estes dados são muito semelhantes aos de Beidel e colegas (1999), Wittchen e colaboradores (1999), aos de Cunha (2005) e aos de Salvador (2009), que também constataram maior comorbilidade da fobia social com as fobias específicas. Em outros estudos a perturbação de ansiedade generalizada foi o diagnóstico comórbido mais encontrado (Beidel et al., 2007; Rao et al., 2007). Hipotetizámos que a comorbilidade com perturbações de ansiedade fosse superior à comorbilidade com perturbações de humor (H10), o que se verificou uma vez que uma minoria de jovens (5,3%) apresentou perturbações de humor concomitantes, o que é consistente com vários estudos. Por exemplo, Beidel e colaboradores encontraram comorbilidades com perturbações de humor de 6% e 8% (Beidel et al., 1999; Beidel, Turner,

& Morris, 2000), Rao e colaboradores (2007) encontraram comorbilidades de 5.3%, Wittchen e colaboradores (1999) encontraram 12.1%, Beidel e colaboradores (2007) 11%, Cunha (2005) 9%.

FSG e consumo de substâncias

Não obstante a considerável investigação que associa a fobia social ao consumo de substâncias (tabaco, álcool e outras substâncias) (Buckner et al. 2006; Cunha, 2005; Essau et al, 1999; O'Grady et al, 2011; Wittchen et al, 1999), e ao contrário do que seria de esperar, **esta associação não se verificou na nossa amostra**. Refletindo sobre o assunto consideramos que várias razões podem explicar os dados obtidos. Em primeiro lugar, este dado pode estar relacionado com a deseabilidade social que influencia as respostas dos adolescentes, bem como pela não percepção da quantidade do consumo de álcool. Outra razão possível poderá relacionar-se com o fato de a nossa amostra ter adolescentes com uma média de 16 anos de idade e a maioria dos estudos revistos terem sido realizados com sujeitos universitários e amostras de adultos mais velhos. Os estudantes universitários parecem estar particularmente em risco de beber dadas as altas exigências sociais e as frequentes oportunidades para beber inerentes ao ambiente universitário (Ham, 2009; Ham & Hope, 2003). Contudo, alguns estudos sugerem que a FS em adolescentes está associada a baixos níveis de consumos de substâncias (Myers, 2003; Stewart, 2006) levando certos autores (Morris, Stewart, & Ham, 2005) a considerar que poucas conclusões claras podem ser tiradas quanto à influência da ansiedade social sobre o comportamento de consumo de álcool, devido aos resultados inconsistentes encontrados.

Fobia social generalizada precedendo outros diagnósticos comórbidos

De acordo com a hipótese 12, na maioria dos casos a **FSG precedeu o aparecimento de outras condições comórbidas** o que se revelou consistente com outros estudos que mostraram que a perturbação de ansiedade social precedia o início das perturbações internalizantes e externalizantes (Beidel & Turner, 1998; Essau, Conradt, & Petermann, 2002). Mais concretamente, Wittchen e colaboradores (1999) verificaram que em, 64.6% dos casos de comorbilidade com outras perturbações de ansiedade, a fobia social as precedia, com exceção das fobias específicas. Dado que a grande maioria das situações comórbidas têm uma idade de início mais tardia que a fobia social (Beesdo et al, 2007; Essau et al, 1999; Kessler et al., 1999; Lipsitz & Schneier, 2000; Schneier et al, 1992; Turner et al, 1986; Wittchen et al, 1999, Wittchen et al., 2000), é assumido que a fobia social entre os adolescentes é um fator de risco para o desenvolvimento de outras perturbações mentais.

Fobia social com e sem comorbilidade: diferenças na interferência e qualidade de vida

Ainda relativamente à comorbilidade na FSG, os resultados encontrados confrontaram-nos com a confirmação das nossas hipóteses 13 e 14, nas quais **os adolescentes com FSG com quadro clínicos**

concomitantes percebem maior interferência desta perturbação nas várias áreas do cotidiano, e pior qualidade de vida comparativamente aos indivíduos sem condições comórbidas. Estes resultados testemunham um padrão de elevada comorbidade na fobia social que é responsável por um forte agravamento das limitações e interferência desta perturbação. Por exemplo, segundo Kessler e colaboradores (2005) numa investigação com jovens maiores de 18 anos, observaram que a gravidade da perturbação estava fortemente relacionada com a comorbidade, sendo que 9.6% das pessoas com um diagnóstico, 25.5% com dois diagnósticos e 49.9% com três ou mais foram classificados como tendo um impacto severo. Neste sentido, torna-se importante desenvolver programas de identificação precoce e de intervenção com o objetivo não só de prevenir expressão completa da fobia social, como também de impedir o desenvolvimento de condições secundárias ou comórbidas.

6.2. Estudo II: Comparação entre grupos: fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e ausência de patologia – impacto e comorbidade

Em seguida, discutimos os dados resultantes do estudo das diferenças entre os grupos FSG, OPA e N. É importante sublinhar que estas considerações devem ser encaradas com alguma reserva devido ao reduzido número de sujeitos das amostras, o que poderá estar a influenciar negativamente os resultados, ou seja, efeitos pequenos poderão não ter sido encontrados pelo reduzido tamanho da amostra.

6.2.1. Comparação dos grupos no impacto da perturbação

Comparação dos dois grupos clínicos relativamente à interferência das perturbações

Quando avaliámos a **interferência global das perturbações** dos dois grupos clínicos (FSG e OPA) verificámos que ambos a classificaram, em média, como **marcadamente incapacitante**. Os resultados não corroboraram a nossa hipótese 1 deste estudo, de que a interferência das perturbações seria mais acentuada no grupo de FSG que no grupo OPA. Contudo, é de frisar que não foi possível avaliar a interferência específica de cada uma das perturbações dos adolescentes do grupo OPA em cada área de vida (estudos, social e afetiva), uma vez que não foi utilizado um instrumento que permitisse esta avaliação, como no caso da SDS-SP, que permitiu esta mesma avaliação nos adolescentes do grupo FSG.

Comparação dos três grupos relativamente à qualidade de vida

Estudos revistos retratam que não só a fobia social, mas também outras perturbações de ansiedade, são doenças que comprometem significativamente funcionamento psicossocial e a qualidade de vida (Candilis et al, 1999; Stein & Mendlowicz, 2000). Tendo em conta o impacto marcado das perturbações mentais verificou-se que **os dois grupos clínicos se distinguiram, como esperado, do grupo N** tal como se verificou em outros estudos (e.g., Olatunji et al, 2007). Este grupo com ausência de

patologia foi o que manifestou melhor qualidade de vida.

Contudo, não foi comprovada a nossa hipótese 2 na qual esperávamos que a qualidade de vida dos adolescentes com FSG seria menor que a dos adolescentes com OPA. Assim, ao contrário de alguns autores (Cramer, 2005; Quilty et al, 2003; Moitra et al, 2011; Saarni et al, 2007) que relatam que os indivíduos adultos com fobia social têm menor qualidade de vida comparativamente a adolescentes com outros tipos de perturbações ansiosas, não verificámos diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos clínicos no nosso estudo (embora o grupo FSG tenha manifestado uma tendência para apresentar pontuações mais elevadas que o grupo OPA em todos os fatores). De notar que uma vez que a nossa amostra clínica era pequena não foi possível comparar a fobia social com cada perturbação de ansiedade, especificamente, ao contrário do que foi levado a cabo pelos autores supra mencionados. Neste âmbito, sentimos a necessidade de estudos que avaliem a QV nas várias populações clínicas adolescentes.

Comparação dos três grupos nas relações interpessoais

Para além de estudarmos o impacto das perturbações na qualidade de vida dos adolescentes, foi nosso intuito estudar mais pormenorizadamente as várias áreas de vida. No que concerne às relações interpessoais o **grupo FSG distinguiu-se dos outros dois, por ser o que apresentou menor número de amigos e mais dificuldades em estabelecer amizades**. Este dado facilmente se compreende tendo em conta que esta perturbação é caracterizada por um medo marcado em situações sociais e vai de encontro à revisão da literatura nesta temática, onde se constata que a fobia social interfere com a capacidade de estabelecer amizades (Beidel et al, 1999; Bernstein et al, 2008; La Greca and Lopez, 1998; Rao et al. 2007), que os adolescentes com fobia social têm menos amigos (Beidel et al., 2007) e que revelam níveis de isolamento mais elevados comparativamente à amostra de controlo com população normal (Beidel et al., 1999). Neste sentido, compreende-se o facto de terem sido mais os adolescentes com **FSG que manifestaram o desejo de ter mais amigos**, contrariamente ao grupo OPA e N. Por outro lado, um resultado a destacar é o facto de os três grupos não se terem distinguido relativamente a: (1) não terem dificuldades a manter os amigos que têm; (2) estarem envolvidos em atividades extracurriculares em grupo (embora a maioria dos adolescentes do grupo N esteja envolvida); (3) preferirem passar a maior parte do tempo com os pares. Assim, os nossos dados demonstraram que, apesar das manifestas dificuldades sociais que apresentaram, os adolescentes com FSG têm uma vontade manifesta de fazer mais amigos e de passar a maior parte do tempo com os seus pares. Um dado positivo refere-se ao facto de os grupos não se terem distinguido, relativamente à não apresentação de dificuldades em manter os amigos, o que significa que embora tenham menos amigos e dificuldades em fazer novos amigos, os adolescentes com FSG são ainda capazes de manter os poucos amigos que têm.

Comparação dos três grupos no contexto académico

Relativamente ao contexto académico pudemos constatar um dado curioso. O grupo OPA e o grupo FSG não diferiram relativamente à percepção de um desempenho abaixo das expectativas, mas o mesmo não se observou no grupo N. Apesar de os dois grupos clínicos não se terem distinguido entre si nesta variável, comprovámos a nossa hipótese 5, na qual **no grupo FSG as dificuldades académicas seriam mais frequentemente relacionadas com ansiedade excessiva** do que as dificuldades académicas relatadas pelos dois outros grupos. Este dado poderá justificar-se pelo facto de as perturbações de ansiedade do grupo OPA não se caracterizarem por ansiedade em situações de avaliação e de desempenho, e como tal, a ansiedade específica da perturbação em si pode não interferir neste contexto. Adicionalmente, o facto de o grupo de FSG ser o que apresentou valores mais elevados relativamente às outras pessoas considerarem que a ansiedade excessiva em situações académicas pode influenciar negativamente o seu desempenho enquanto alunos, apoiou a nossa hipótese e a percepção dos próprios adolescentes, acabada de referir.

6.2.2. Comorbilidade de distúrbios mentais nas amostras clínicas

Comparação dos grupos clínicos em relação à comorbilidade

Relativamente à comorbilidade, de um modo geral, os resultados obtidos estão de acordo com outros estudos nos quais se verificaram **taxas elevadas de comorbilidade** nas perturbações de ansiedade (e.g., Kessler et al., 1999), tendo-se verificado que a maioria dos adolescentes de cada grupo tinha, pelo menos, uma condição concomitante. As perturbações de ansiedade são consideradas as perturbações mais frequentes nesta faixa etária, constituindo o principal motivo de procura de ajuda clínica (Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Vershulst, 2001).

Concretamente, quando comparámos os grupos clínicos no que concerne ao **número e tipo de diagnósticos comórbidos** os grupos não diferiram significativamente, dados que não foram de encontro à nossa hipótese 6 de que a comorbilidade da FSG seria superior à comorbilidade das OPA. Porém, a este respeito convém frisar que se verificou no grupo FSG um maior número de adolescentes que apresentou dois ou três diagnósticos comórbidos, comparativamente ao grupo OPA. Observámos, ainda, um **predomínio das perturbações ansiosas comórbidas** em detrimento das perturbações de humor comórbidas. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Whittchen e colaboradores (2003 in Beesdo et al, 2011) no qual se verificou considerável comorbilidade homotípica nas perturbações de ansiedade com associação significativa entre praticamente todos os transtornos de ansiedade, incluindo fobia específica. Estes dados dão um forte apoio à ideia de que a identificação precoce poderia, portanto, reduzir o risco de outras perturbações na adolescência e jovem adultez.

Comparação dos três grupos relativamente ao consumo de substâncias

Hipotetizámos que o consumo de substâncias seria superior no grupo

FSG, uma vez que segundo alguns estudos estes jovens recorrem ao álcool para lidar com a ansiedade elevada em situações sociais (Carrigan and Randall 2003; Conger, 1956; Morris et al., 2005). Contudo, a nossa hipótese não foi corroborada, uma vez que **os grupos não se distinguiram entre si**. Porém, há autores Frodij, Ranta, Kaltiala-Heino y Marttunen (2011) que afirmam que os adolescentes com fobia social consomem habitualmente menos álcool e outras substâncias comparativamente a outros adolescentes com outros problemas de ansiedade.

Comparação dos dois grupos clínicos relativamente ao impacto derivado da comorbilidade

Em modo de conclusão deste segundo estudo, comparámos os grupos clínicos relativamente ao impacto da comorbilidade e à QV. Segundo os resultados obtidos, os indivíduos **com FSG em comorbilidade com outras perturbações mentais não percecionaram maior interferência e menor qualidade de vida** comparativamente aos indivíduos com OPA com condições comórbidas, não confirmando as hipóteses 8 e 9 deste estudo. Apenas no fator que avalia o suporte social e relação com os pares as diferenças foram estatisticamente significativas, o que se compreende tendo em conta que é o grupo FSG que apresenta maiores dificuldades neste âmbito (Beidel et al, 1999; Bernstein et al, 2008; La Greca & Lopez, 1998; Rao et al. 2007) que, por sua vez, podem ser agravadas com a comorbilidade (Kessler, 2005). Uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínicos no que respeita ao número e tipo de diagnóstico comórbido é congruente que os grupos não tenham diferido relativamente ao impacto derivado da comorbilidade e na perceção de QV.

6.3. Estudo III: Prevalência da ansiedade social elevada em indivíduos da população geral

Ansiedade social elevada em adolescentes da população geral

Como seria de esperar, à medida que os critérios de definição de prevalência se tornaram mais exigentes obtivemos taxas de prevalência mais reduzidas. Quando as situações sociais foram avaliadas segundo o grau elevado de ansiedade que provocam, constatou-se uma percentagem mais elevada de sujeitos (14.3%) a apresentar pontuações elevadas nas situações sociais avaliadas. Quando realizámos a análise dos resultados considerando as duas dimensões, ansiedade e evitamento verificámos que a prevalência diminuiu para 9.34%, o que reflete que dos adolescentes que experienciam ansiedade social elevada, apenas alguns deles evitam as situações. Porém, é de notar a associação entre ambas as dimensões (desconforto e evitamento), o que confirma os dados da literatura de que a ansiedade elevada é frequentemente acompanhada por uma resposta de evitamento ou fuga das situações (APA, 2002, Cunha, 2005). Quando é acrescentado o grau de interferência, os resultados alteraram-se novamente de modo semelhante ao estudo de Cunha (2005). Segundo este critério, a taxa de frequência da ansiedade social desceu para 6.9% (considerando a interferência em

qualquer uma das três áreas de vida) e para 4% (considerando um valor médio de interferência). Neste contexto, a interferência que a ansiedade social causa nas rotinas diárias dos adolescentes parece ser um elemento importante na diferenciação entre a ansiedade normal e a ansiedade que poderá evoluir e originar um quadro clínico. Contudo, um dado interessante foi obtido por Schneier (1997) que observou que as amostras da comunidade de indivíduos com fobia social relatam muito menos interferência do que as amostras clínicas, sugerindo que a gravidade e *insight* podem contribuir para este contraste.

De notar que no que diz respeito à distribuição da ansiedade social segundo o género, as raparigas apresentaram percentagens superiores comparativamente aos rapazes, independentemente do critério levado a cabo, dados que são apoiados por inúmeros estudos (APA, 2002; Beesdo, Bittner, Pine, Stein, Höfler, Lieb, & Wittchen, 2007; Essau et al, 1999; Wittchen, 1999).

Conscientes das limitações verificadas neste estudo pelo facto de a avaliação da ansiedade social ter sido apenas efetuada por questionários de autorresposta e, conseqüentemente, da devida prudência na comparação com os resultados de outros estudos baseados em entrevistas estruturadas ou semiestruturadas, pensamos, contudo, que no seu conjunto, estes resultados são consistentes com vários estudos que encontraram taxas de prevalência da fobia social em adolescentes entre 1 e 13% (APA, 2002; Costello, Egger, and Angold, 2004). Os nossos dados vão de encontro à investigação portuguesa de Cunha, Soares, & Pinto-Gouveia (2008), na qual a frequência de ansiedade social elevada numa amostra não clínica adolescente onde, não obstante o recurso a diferentes procedimentos e critérios de análise, a percentagem estimada de sujeitos que poderia cumprir critérios de diagnóstico para perturbação clínica foi da ordem dos 3.6%.

Ansiedade de desempenho elevada em adolescentes da população geral

Como seria de esperar, e de acordo com os critérios exigentes utilizados, verificaram-se taxas mais reduzidas (3%) de ansiedade específica em situações de desempenho. Uma das razões possíveis pode estar relacionada com o facto de as taxas de prevalência de ansiedade social generalizada serem superiores à ansiedade social específica, tanto em amostras comunitárias (Hofmann et al, 1999) como em amostras clínicas (Beidel et al, 1999, 2007). Nesta perspetiva, é de frisar que muitos dos adolescentes com ansiedade de desempenho já haviam sido incluídos na amostra de ansiedade social elevada e que excluimos destas análises. Ou seja, a prevalência de ansiedade de desempenho, na realidade, apresentaria valores mais elevados. Tal como referimos no enquadramento teórico, os jovens podem evitar as situações de avaliação (Bernstein, Bernat, Davis & Layne, 2008; McDonald, 2001). Contudo, um dado interessante foi que quando acrescentámos a dimensão de evitamento às análises, a prevalência de ansiedade de desempenho elevada desceu para metade. Um número reduzido de estudantes que evita as situações de avaliação pode significar, por um lado, que a ansiedade não é tão interferente ao ponto de terem de

evitar as situações de desempenho escolar. Por outro lado, a nosso ver, pode significar que os jovens enfrentam as situações avaliativas, apesar do desconforto sentido, uma vez que no grau de ensino em que se encontram, estão ainda sob o controlo dos pais e professores, o sistema de ensino não contempla faltas às avaliações e não comparecer nas avaliações conduz a penalizações de nota nas disciplinas. Pensamos que teríamos resultados um pouco diferentes se este mesmo estudo tivesse sido efetuado numa população universitária onde o evitamento de situações de exame é mais fácil e onde o comportamento não está tanto sob o controlo dos adultos.

Bodas & Ollendick (2005) referem que as crianças e adolescentes com elevada ansiedade social ou de desempenho em comparação com os colegas que manifestam pouca ansiedade em situações de avaliação relatam maiores níveis de psicopatologia e são também mais propensos a serem diagnosticados com ansiedade clinicamente significativa.

Uma abordagem para facilitar a identificação de ansiedade social elevada seria oferecer ações de sensibilização nas escolas, para adolescentes, professores e pais, uma vez que é o contexto em que os adolescentes socialmente ansiosos geralmente experimentam maiores desafios neste âmbito. Embora os resultados da nossa amostra não tenham indicado prevalências muito elevadas de ansiedade específica de desempenho, concluímos que estes estudantes podem beneficiar de intervenções destinadas a aliviar o seu desconforto, promover uma melhor adaptação social, e melhorar o seu funcionamento na sala de aula (Strahan, 2003), antes que a ansiedade generalize para outras situações de avaliação (Mazzone et al, 2007).

VII – Conclusões

No seu conjunto os dados da presente investigação contribuem para uma caracterização do fenómeno da ansiedade social nos adolescentes em Portugal. Não obstante as limitações metodológicas apontadas, é possível concluir, a partir da revisão da literatura deste domínio e dos resultados obtidos, que a perturbação de ansiedade social tem um impacto marcado em várias áreas de vida dos adolescentes. Mais especificamente, o primeiro estudo sobre o impacto da FSG permitiu concluir que:

- ✓ a ansiedade social elevada interfere marcadamente na vida do adolescente, principalmente no âmbito relações interpessoais (e.g. afetivas);
- ✓ os jovens que experienciavam maiores níveis de ansiedade social percecionaram-se como tendo menor qualidade de vida, estando o seu bem-estar psicológico afetado pela interferência da perturbação no seu dia a dia; para além disso, o seu bem-estar psicológico e o ambiente escolar eram afetados pelas situações de ansiedade aos testes;
- ✓ o rendimento escolar dos adolescentes com FSG é inferior às suas expectativas, sendo que as dificuldades escolares estavam, na maioria das vezes, relacionadas com ansiedade excessiva;
- ✓ a concordância dos relatos dos adolescentes e dos pais relativamente à interferência deste quadro clínico foi baixa, o que nos leva à questão da

dificuldade de reconhecimento da doença por parte dos pais;

✓ relativamente à comorbilidade na FSG, verificaram-se taxas elevadas, com predomínio das perturbações ansiosas em detrimento das perturbações de humor comórbidas, que por sua vez, foram precedidas pela FSG e contribuíram para maior interferência da perturbação nas várias áreas do quotidiano, e pior qualidade de vida comparativamente a indivíduos sem condições comórbidas.

O conhecimento da natureza, prevalência e consequências específicas desta perturbação neste período de desenvolvimento tem importantes implicações ao nível da avaliação e intervenção clínica. Uma vez que o início da fobia social aparece em idades precoces, tanto a intervenção precoce como a prevenção desta perturbação são aspetos extremamente importantes no sentido de prevenir o desenvolvimento não só da expressão completa da fobia social como também poderá ser uma forma de impedir o desenvolvimento de condições secundárias ou comórbidas.

Como principais resultados do segundo estudo de comparação de grupos podemos apontar:

✓ que os distúrbios psicológicos têm um impacto significativo na vida dos adolescentes e comprometem de forma significativa a sua qualidade de vida, sendo que o grupo FSG apresenta uma interferência mais marcada nas relações interpessoais e contexto académico, comparativamente aos outros dois grupos.

✓ não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínicos no que respeita ao número e tipo de diagnóstico comórbido, e deste modo, os grupos não diferiram relativamente ao impacto derivado da comorbilidade e na perceção de QV.

No que diz respeito ao terceiro e último estudo foi possível obter uma ideia aproximada sobre a prevalência de adolescentes com ansiedade social elevada na amostra de população geral e que poderiam, eventualmente, cumprir critérios de diagnóstico (4%), e observar o modo como a exigência dos critérios altera as taxas de prevalência. Verificámos também que seguindo os critérios mais exigentes, que 0.54% da população geral manifestou ansiedade apenas em situações de desempenho.

Quanto às principais **limitações** gerais dos estudos com populações clínicas, estas consistem no reduzido tamanho da amostra, o predomínio de participantes do género feminino, e do fato de ser um estudo transversal. Especificamente no que diz respeito ao estudo 2, seria útil ter uma amostra maior em que fosse possível formar grupos específicos de cada perturbação de ansiedade para proceder a comparações entre grupos. Para além disso, seria uma mais valia poder utilizar uma escala de medida da interferência das perturbações em diversas áreas de vida. Assim, seria importante replicar estes estudos com amostras maiores e, se possível, numa investigação longitudinal, que permitisse explorar mecanismos causais que subjazem às diferenças encontradas entre os grupos.

Como **pontos fortes**, salienta-se o facto de ser uma investigação com amostras clínicas e nas quais se recorreu a uma entrevista clínica para além dos instrumentos de autorresposta. Destaca-se, ainda, o facto de este ser o primeiro estudo em Portugal, do nosso conhecimento, que procede a comparações de perturbações de ansiedade.

Em suma, procurámos salientar a “invisibilidade” das manifestações da fobia social, comparativamente a outras perturbações mais fácil e frequentemente identificadas. A realidade atual desta perturbação em Portugal constitui um forte desafio não só aos clínicos e investigadores, mas também a pais, professores e educadores em geral, pelo que importa conjugar todos os esforços que permitam ajudar os jovens que sofrem sós e em silêncio. Esperemos, assim, que os dados desta investigação possam servir de chamada de atenção para a necessidade de se encarar a fobia social como uma perturbação altamente interferente, para que os adolescentes que dela sofrem possam receber a atenção clínica e ajudas necessárias. Programas deveriam ser criados em escolas e instituições de saúde para prevenir, identificar, encaminhar, avaliar e tratar adequadamente a fobia social uma vez que uma identificação e tratamento precoce podem reduzir significativamente as consequências negativas, minimizando o sofrimento atual e limitando o impacto futuro, melhorando assim a qualidade de vida do indivíduo.

Bibliografia

- Achenbach, T. M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15,94–98.
- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R.G., Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: assessment and treatment. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, New York: Guilford, pp 387–425.
- Albano, A.M., & Detweiler, M. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In Hoffmann, S.G., Dibartolo, P.M., (Eds.), *From social anxiety to social phobia: multiple perspectives*. Boston: Allyn & Bacon, pp. 162-178.
- Albano, A. M., & Hayward, C. (2004). Social anxiety disorder. In T. H. Ollendick & J. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 198-235). Oxford; New York: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Batista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade aos exames: Aplicação do Reações aos Testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia*, 1, 39 – 49.
- Beard, C., Moitra, E., Weisberg, R.B., Keller, M.B., 2010. Characteristics and predictors of social phobia course in a longitudinal study of primary care patients. *Depress. Anxiety* 27, 839–845.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder. Washington: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S.M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643–650.
- Beidel DC, Ferrell C, Alfano CA, Yeganeh R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 24(4): 831-46.
- Beesdo, K, Knappe, S & Pine, M. (2011). *Psychiatr Clin North Am.*, 32(3), 483–524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002.Anxiety
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the

- consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-12. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Davis, A. A. y Layne, A. E. (2008). Symptom presentation and classroom functioning in a nonclinical sample of children with social phobia. *Depression and anxiety*, 25, 752-760.
- Bodas, J., & Ollendick, T. H. (2005). Test Anxiety: A Cross-Cultural Perspective. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(1). doi:10.1007/s10567-005-2342-x
- Buckner, J., Schmidt, N., & Eggleston, A. (2006). Social anxiety and problematic alcohol consumption: The mediating role of drinking motives and situations. *Behavior Therapy*, 37, 381–391. doi: 10.1016/j.beth.2006.02.007.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230–239. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.01.002.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruiria, M. J., Arias, B. y Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology* 18, 259-276.
- Candilis, P. J., McLean, R. Y. S., Otto, M.W., Manfro, G. G., Worthington, J. J., III, Penava, S. J., et al. (1999). Quality of life in patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 429–434.
- Cartwright-Hatton, S., Hodges, L., & Porter, J. (2003). Social anxiety in childhood: The relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 737–744.
- Cassady, J. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive Test Anxiety and Academic Performance. *Contemporary Educational Psychology*, 295, 270-295. doi:10.1006/ceps.2001.1094
- Costello, E.J., Egger, H.L., and Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T.H. Ollendick and J. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 61-91). New York: Oxford University Press.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*, 193(3):196-202.
- Crum, R. M., & Pratt, L. A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: A prospective analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1693–1700. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1693.
- Cunha, M. (2005). *Ansiedade social na adolescência: avaliação e trajetórias de desenvolvimento*. Tese de Doutorado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., & Salvador, M. C. (em preparação). A versão Portuguesa da Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância

- e Adolescência (ADIS-C): Um estudo exploratório.
- Cunha, M., & Salvador, M. C. (2000). Fobia Social na Infância e Adolescência. In J. Pinto-Gouveia (Ed.), *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto.
- 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.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Soares, I. (2007). Natureza, frequência e consequências dos medos sociais na adolescência: Dados na população portuguesa. *Psychologica*, 44, 207-236.
- Cunha, M., Soares, I., & Pinto-Gouveia, J. (2008). The role of individual temperament, family and peers in social anxiety disorder: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 631-655.
- De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 40(1), 1-9. doi:10.1080/15374416.2011.533405
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological bulletin*, 131(4), 483-509. doi:10.1037/0033-2909.131.4.483
- De Los Reyes, A., Henry, D. B., Tolan, P. H., & Wakschlag, L. S. (2009). Linking informant discrepancies to observed variations in young children's disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 637-652.
- 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.
- Erath, S. a, Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: behavioral and cognitive factors. *Journal of abnormal child psychology*, 35(3), 405-16. doi:10.1007/s10802-007-9099-2
- Essau, C. a, Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 831-43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458047>
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(4), 257-65. doi:10.1007/s00127-007-0299-4

- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia social – estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr.*, *57*(2), 122-126.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, *63*, 103–115. doi:10.2307/1130905.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 84-93.
- Glickman, A. R., & La Greca, A. M. (2004). The dating anxiety scale for adolescents: Scale development and associations with adolescent functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 566–578. doi:10.1207/s15374424jccp3303_14.
- Grant, B. G., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., et al. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 1351–1361.
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G. y Svedin, C. G. (2009). Social phobia in swedish adolescents: prevalence and gender differences. *Social Psychiatric Epidemiology*, *44*, 1-7.
- Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *23*, 719–759. doi:10.1016/S0272-7358(03)00071-0.
- Ham, L. S. (2009). Positive Social Alcohol Outcome Expectancies , Social Anxiety , and Hazardous Drinking in College Students. *Cognitive Therapy Research*, *33*, 615-623. doi:10.1007/s10608-009-9248-8.
- Hartley, A. G., Zakriski, A. L., & Wright, J. C. (2011). NIH Public Access. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, *40*(1), 54-66. doi:10.1080/15374416.2011.533404. Probing
- Hayward, C., Wilson, K. A., Lagle, K., Kraemer, H. C., Killen, J. D. y Taylor, C. B. (2008). The developmental psychology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety*, *25*, 200-206.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, U. H., Dalrymple, K. L. y Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorders in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *23* , 167-177.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, *9*, 15–18.
- Huberty, T. J. (2008). Best practices in school-based interventions for anxiety and depression. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology*: Vol. 5 (pp. 1473–1486). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 37-61.

- Kessler, R.C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 417:19-27.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of. *Archives of general psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C.; Chiu, W.T.; Demler, O, & Walters, M. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 617–627.
- Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. (1999). *Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey*. *Psychol Med*, 29(3):555-67.
- Khalid-Khan, S., Santibanez, M. P., McMicken, C y Rynn, M. A. (2007). Social anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatric drugs*, 9, 227-237.
- Kingery, J. N., Erdley, C A., Marshall, K. C., Whitaker, K. G., & Reuter, T. R. (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.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 49–61. doi:10.1207/s15374424 jccp3401_5.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94. doi:10.1023/A: 1022684520514.
- La Greca, A. M., & Mackey, E. R. (2007). Adolescents' anxiety in dating situations: Do friends and romantic partners contribute? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 522– 533.
- Leon, A. C., Shear, M. K., Portera, L., & Klerman, G. L. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: The Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 78-82.
- Lipsitz, J.D., Schneier, F.R. (2000) Social phobia. Epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, 18(1):23-32.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159–168.
- Mannuzza, S., Schnier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of general Psychiatry*, 52, 230-237.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC):

- Fator structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- March, J. S., Sullivan, K., Parker, J. D. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 349-358.
- Marmorstein, N.R. (2012). Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *J Anxiety Disord*.
- Marujo, H. M. (1994). Síndromas depressivos na infância e adolescência. Tese de Douturamento não publicada. Universidade de Lisboa.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. a, & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 780-6. doi:10.1097/00004583-200107000-00012
- Matos, M., Gaspar, T., & Grupo Europeu KIDSCREEN (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Aventura Social e Saúde. Cruz Quebrada.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M. C., Passaniti, E., Arrigo, V. G. D., & Vitiello, B. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BMC Public Health*, 6, 1-6. doi:10.1186/1471-2458-7-347
- McDonald, A. S. (2001). The Prevalence and Effects of Test Anxiety in School Children. *Educational Psychology*, 21, 89-101.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Moitra, E., Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Occupational impairment and Social Anxiety Disorder in a sample of primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 209-212. Elsevier B.V. doi:10.1016/j.jad.2010.09.024
- Morris, E.P., Stewart, S. H., & Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25, 234-760.
- Neal, J. A., & Edelmann, R. J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23(6), 761-786.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 27(5), 572-81. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Ollendick, T. H., Grills, A. E., & Alexander, K. L. (2001). Fears, worries and anxiety in children and adolescents. In F. Essau, C. A., & Petermann (Ed.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Epidemiology, risk Factors and Treatment* (pp. 1-35). Brunner-Routledge.

- O'Grady, M. A., Cullum, J., Armeli, S., & Tennen, H. (2011). Putting the relationship between social anxiety and alcohol use into context: a daily diary investigation of drinking in response to embarrassing events. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(6), 599-615. doi:10.1521/jscp.2011.30.6.599
- Paiva, D. P., & Lourenço, L. M. (2010). *Estudo das dissertações e teses brasileiras na área de fobia social no período de 1988 a 2007*.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2000). Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Autorresposta. In J. P. Gouveia (Ed.), *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto.
- Prins, P. & Hanewald, G.J. (1997). Self-statements of test-anxious children: thought-listing and questionnaire approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 440-447.
- Quilty, L. C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J., & Farvolden, P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 17*(4), 405-26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12826089>
- 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. doi:10.1016/j.brat.2006.07.015.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy, 35*, 741–756.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 737-767.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 5* (3), 353-364.
- Reyes, A. D. L., Alfano, C. A., & Beidel, D. C. (2010). The Relations among Measurements of Informant Discrepancies within a Multisite Trial of Treatments for Childhood Social Phobia. *J Abnorm Child Psychol, 38*, 395-404. doi:10.1007/s10802-009-9373-6
- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry, 190*, 326–32. doi:10.1192/bjp.bp.106.025106
- Salvador, M. C. (2009). “*Ser eu Próprio entre os outros*”: Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social

generalizada. Dissertação apresentada às Provas de Doutorado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Saranson, I. G. (1984). Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 929-938.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1990). Test anxiety. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York: Basic Books.
- Schneier, F. R., Heckleman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in Social Phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 322-331
- Schneier, F. R., Johnson, J., Christopher D., Liebowitz, M. R., Weissman, M. (1992). Social Phobia: Comorbidity and Morbidity in an Epidemiologic Sample. *Arch Gen Psychiatry*, *49*(4):282-288.
- Siegel, R. S., La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2009). Peer Victimization and Social Anxiety in Adolescents: Prospective and Reciprocal Relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*, 1096-1109. doi:10.1007/s10964-009-9392-1
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 211-221.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version, Child Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 937-944.
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York: Charles Scribner and Sons.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *14*, 25-39.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Ho"er, M., Kessler, R. C., & Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, *15*, 67-74.
- Stein, M. B., & Mendlowicz, M. V. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders - review. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 669-682.
- Storch, E. A., Brassard, M. R., & Masia-Warner, C. L. (2003). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescence. *Child Study Journal*, *33*, 1-18.
- Sweeney, Lynne & Rapee, Ronald M. (2001). Social Phobia. In Essau, C. A., & Petermann, F. (Eds.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Epidemiology, risk Factors and Treatment* (pp.163-192). Brunner-Routledge.

- Thomas, Suzanne E.; Randall, Patrick K.; Book, Sarah W.; Randall, Carrie L. (2008). A Complex Relationship Between Cooccurring Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: What Effect Does Treating Social Anxiety Have on Drinking? *Clinical & Experimental Research*, 32(1):77-84.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples - Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 523-527.
- Vicente A. R. (2011). *O Reação aos Testes (RT): Estudos de validade numa amostra de adolescentes portuguesas*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Wittchen, H.-U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15(1), 46-58. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713802>
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31, 335-342.

Anexos

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		

REAÇÕES AOS TESTES

(Sarason, I., 1984)

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

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

Instruções:

Quase toda a gente tem que fazer exames ou testes. Estes podem ser de diversos tipos, existindo também diferenças na maneira como as pessoas lhes reagem. Este questionário tem como finalidade avaliar o que as pessoas sentem e pensam acerca dos testes. Para preencher o questionário, faz um círculo no número que melhor reflete o teu modo de reação típico à situação descrita. Utiliza a seguinte escala:

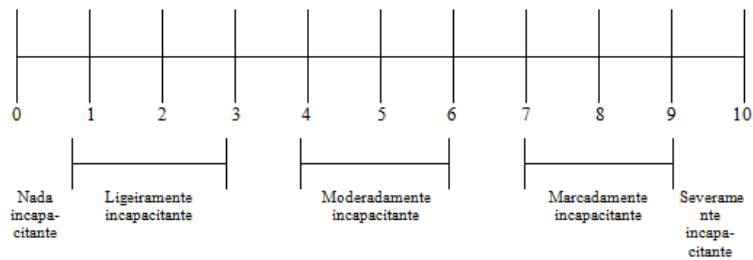
1= Nada típico 2= Pouco típico 3= Típico 4 = Muito Típico

1. Sinto angústia e mal-estar antes dos testes.	1	2	3	4
2. O pensamento “O que é que acontece se eu falhar neste teste” está na minha cabeça durante os testes.	1	2	3	4
3. Durante os testes, dou por mim a pensar em coisas que não estão relacionadas com a matéria dos testes.	1	2	3	4
4. Durante os testes, torno-me consciente do meu corpo (sinto vontade de me coçar, tenho dores, suores, náuseas).	1	2	3	4

ESCALA DE INCAPACITAÇÃO DE SHEEHAN NA ANSIEDADE SOCIAL
SHEEHAN DISABILITY SCALE (SDS; Sheehan, 1984)
(Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, 2000)

Instruções

Caso tenhas identificado situações que evitas ou que te provocam desconforto, avalia o grau com que o desconforto e o evitamento interferem na tua vida, utilizando a escala de 0 a 10, a seguir apontada.



Estudos

Neste momento, de que forma é que os teus estudos são prejudicados devido aos teus problemas? (0-10) _____

Vida social/ convívio com amigos

Neste momento de que forma é que a tua vida social/ convívio com amigos são prejudicados devido aos teus problemas? (0-10) _____

Vida afetiva/arranjar namorado(a)

Neste momento de que forma é que a tua vida afetiva/arranjar namorado(a) é prejudicada devido aos teus problemas? (0-10) _____

ESCALA DE INCAPACITAÇÃO ANSIEDADE SOCIAL
AVALIAÇÃO PELOS PAIS

Nome ou iniciais do nome completo do adolescente:

Idade: _____ Anos Escolaridade: _____

Quem faz a avaliação: Pai Mãe

Instruções:

Por favor, avalie o grau em que acha que as dificuldades sociais e de avaliação do seu filho(a) interferem na vida dele(a), utilizando a escala de 0 a 10, a seguir apontada.

Trabalho/estudos

Neste momento, de que forma é que os estudos dele(a) são prejudicados devido aos seus problemas? (0-10)

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.

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

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

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

KIDSCREEN-27

(KIDSCREEN-27, Child and Adolescent Version, 2004)
(Tradução e adaptação: Matos, Gaspar Calmeiro & KIDSCREEN Group Europe, 2005)

Olá, como estás? É isso que queremos que nos contes. Por favor lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem primeiro à tua cabeça? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, portanto não existem respostas erradas. É importante que respondas a todas as questões. Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar na última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

1. Bem-Estar Físico

Em geral como descreves a tua saúde?

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Má
- Muito má

2. Bem-Estar Psicológico

Pensa na última semana...

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
1. A tua vida tem sido agradável?	1	2	3	4	5
2. Estiveste de bom humor?	1	2	3	4	5
3. Divertiste-te?	1	2	3	4	5
4. Sentiste-te triste?	1	2	3	4	5
5. Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?	1	2	3	4	5
6. Sentiste-te sozinho(a)?	1	2	3	4	5
7. Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?	1	2	3	4	5

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

Fobia Social (Perturbação de Ansiedade Social)

Perguntas Iniciais

Algumas crianças (alguns adolescentes) costumam sentir-se muito assustados(as) ou desconfortáveis em situações em que tenham que estar com outras pessoas. Tão assustados e desconfortáveis que podem até querer evitar essas situações. Algumas crianças (alguns adolescentes) podem também chorar, fazer uma birra ou ficar zangadas quando têm que estar em situações em que estão outras pessoas. O que acontece é que lhes podem dizer para irem a esses lugares, mas elas preferiam não ir. Têm muito mais medo dessas situações do que a maioria das crianças/adolescentes da mesma idade.

1a. Quando estás em determinados lugares em que estejam outras pessoas como, por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costumavas sentir que as outras pessoas podem pensar que alguma coisa que tu faças é estúpida ou palerma?

Sim Não Outro

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

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 B

Consistências internas dos instrumentos utilizados no estudo I (FGS) e estudo II (FSG, OPA e N)

No quadro seguinte apresentam-se as consistências internas dos instrumentos utilizados nos dois primeiros estudos da dissertação, nos três grupos em estudo (fobia social generalizada, outras perturbações de ansiedade e ausência de patologia). As consistências internas¹⁵ variam no grupo de FSG entre .73 e .95, no grupo OPA entre .56 e .96, e no grupo N entre .50 e .94.


Quadro. *Consistências internas dos instrumentos utilizados no estudo 1 (FSG) e estudo 2 (FSG, OPA e N)*

		<i>Alpha de Cronbach</i>		
	Grupos	FSG	OPA	N
Escalas				
SDS-SP		.73	.80	.50
SDS-SP-pais		.75	.89	.78
RT_total		.95	.96	.94
EAESSA_desconforto		.93	.94	.90
EAESSA_evitamento		.94	.88	.91
CDI		.90	.78	.72
Kidscreen_total		.94	.87	.92
Kidscreen_fator 1: bem estar físico		.89	.81	.85
Kidscreen_fator 2: bem estar psicológico		.88	.86	.85
Kidscreen_fator 3: autonomia e relação com os pais		.78	.69	.69
Kidscreen_fator 4: suporte social e grupo de pares		.92	.81	.81
Kidscreen_fator 5: ambiente escolar		.74	.56	.81

Nota: SDS-SP = Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social; SDS-SP-pais = Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social para pais; RT_total = total da escala do Reação aos Testes; EAESSA *Desconforto*= total da subescala Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA *Evitamento*= total da subescala Evitamento da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; CDI= total do Inventário de Depressão para Crianças; Kidscreen-27 = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes; FSG = grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = grupo de Outras Perturbações de Ansiedade; N = grupo sem de patologia.

¹⁵ No cálculo da consistência interna são tidos como referência os valores estipulados por Pestana e Gageiro (2008), que consideram valores de consistência interna inferiores a .60 como inadmissíveis; entre .61 e .70 como fracos; entre .71 e .80 como razoáveis; entre .81 e .90 como bons; e superiores a .91 como muito bons.

Pedido de autorização aos Conselhos de Administração dos Hospitais, Centros de Saúde ou Clínicas

 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.

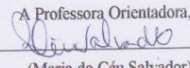
Em face disto, os resultados desta investigação poderão permitir não só a prevenção, como uma mais eficaz intervenção junto de jovens destas idades, para que o grau de invalidação normalmente associado a estas dificuldades seja colmatado, ou pelo menos, diminuído.

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,




(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 _____

Rua do Colégio Novo • Apartado 6153 • 3001-802 Coimbra • Tel.: +351 239 851 450 • Fax: +351 239 851 462 • dir@pce.uc.pt • www.uc.pt/pce

Anexo D
Pedido de autorização aos Encarregados de Educação
(Clínica)

 FFCEUC 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 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.

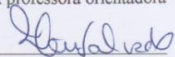
Assim sendo, os resultados desta investigação poderão permitir uma prevenção e uma intervenção mais eficaz junto de jovens destas idades, para que estas dificuldades seja ultrapassadas, ou pelo menos, diminuídas.

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

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

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

Coimbra, 19 de Dezembro de 2011

A professora orientadora

(Maria do Céu Salvador)
(Professora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

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

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

Assinatura do Encarregado de Educação

Rua do Colégio Novo • Apartado 6153 • 3001-802 Coimbra • Tel.: +351 239 851 450 • Fax: +351 239 851 462 • dir@fpc.uc.pt • www.uc.pt/fpc

Anexo E
Pedido de autorização aos Conselhos Executivos das
Escolas



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

Coimbra, 28 de Novembro de 2011

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

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

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

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

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

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

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

Com respeitosos cumprimentos,
Pede deferimento,

A Professora Orientadora,


(Maria do Céu Salvador)

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

O Diretor,

Tomei conhecimento e autorizo _____

Anexo F
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 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.

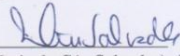
Assim sendo, os resultados desta investigação poderão permitir uma prevenção e uma intervenção mais eficaz junto de jovens destas idades, para que estas dificuldades seja ultrapassadas, ou pelo menos, diminuídas.

Deste modo, gostaríamos de pedir a colaboração do vosso educando, 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 da Educação da Universidade de Coimbra)


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

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

Assinatura do Encarregado de Educação

Rua do Colégio Novo - Apartado 6153 - 3001-802 Coimbra - Tel.: +351 239 851 450 - Fax: +351 239 851 462 - dir@fpe.uc.pt - www.uc.pt/fpe

Anexo G
Consentimento Informado para os adolescentes

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

Formulário de Consentimento Informado

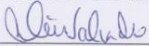
Eu, abaixo assinado(a) _____ (nome completo) estou de acordo em participar no estudo “Ansiedade Social em adolescentes”, que está a ser desenvolvido no âmbito das teses de Mestrado Integrado em Psicologia de alunas do 5º ano do respectivo curso, ministrado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação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

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

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

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

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

A Professora Orientadora,


Maria do Céu Salvador
(Professora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

O participante,

(nome completo)

Rua do Colégio Novo • Apartado 6153 • 3001-802 Coimbra • Tel.: +351 239 851 450 • Fax: +351 239 851 462 • dir@fpce.uc.pt • www.uc.pt/fpce

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 autocrítica, 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 autorresposta. As instruções serão apresentadas no início de cada questionário. Estes questionários serão preenchidos de forma voluntária e confidencial, sendo que os dados serão apenas usados para tratamento estatístico, para fins de investigação. Por favor, certifica-te que respondes a **todas as questões**, e da forma indicada nas instruções, caso contrário a tua participação no estudo será invalidada.

Muito obrigado pela tua participação.

Ao dispor para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Número de ordem (a preencher pelo investigador):

Questionário sócio-demográfico

Identificação (nome completo ou iniciais do nome completo):

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

Sexo: F M

Ano de escolaridade: _____

Número de reprovações: _____

Localidade (concelho e distrito): _____

Profissão:

Do pai _____

Da mãe _____

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

Estás a ter acompanhamento psicológico? _____

Anexo J

Médias, desvios-padrão, ANOVA's para verificação de diferenças e teste de *Tukey* dos instrumentos utilizados no estudo I (FSG) e no estudo II (FSG, OPA e N)

Quadro. 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. Teste de *Tukey* para as comparações post-hoc.

Medidas	Grupos	N	M	DP	F	p	Post-Hoc
EAESSA_total	FSG	37	181.51	48.05	39.40	.000	FSG> OPA, N
	OPA	25	121.96	33.43			
	N	35	106.94	25.08			
EAESSA_desconforto	FSG	37	95.68	22.97	48.56	.000	FSG > OPA, N
	OPA	25	63.32	20.01			
	N	35	53.26	12.36			
EAESSA_evitamento	FSG	37	85.84	26.82	25.98	.000	FSG>OPA, N
	OPA	25	58.64	15.48			
	N	35	53.69	13.82			
RT_total	FSG	37	2,42	.60	14.90	.000	FSG> N OPA> N
	OPA	25	2.16	.66			
	N	35	1.69	.47			
CDI	FSG	37	19.22	8.76	27.92	.000	FSG> OPA,N FSG>OPA>N
	OPA	25	12.04	5.30			
	N	35	7.83	4.11			

Nota: EAESSA_total= total da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_desconforto= Subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_evitamento= Subescala Evitamento da EAESSA; RT_total = total da escala do Reação aos Testes; CDI = total do Inventário de Depressão para Crianças; FSG = grupo de Fobia Social Generalizada; OPA = grupo de Outras Perturbações de Ansiedade; N = grupo com ausência de patologia.

Correlações entre todos os instrumentos utilizados no Estudo I

Quadro. Correlações entre todos os instrumentos utilizados no estudo I (FSG) (N=37).

	EAESS	EAESS	EAESS	SDS-	SDS-	SDS-	SDS-	SDS-	SDS-	SDS-	SDS-	RT_tot	CDI	Kidscr	Kidscr	Kidscr	Kidscr	Kidscr	Kidscr	interf
	A_total	A_des	A_evit	SP	estudo	social	afetiva	pais	pais-	pais-	pais-	al		een_to	een_fat	een_fat	een_fat	een_fat	een_fat	erên
		c		s					estudo	social	afetiva			tal	or1	or2	or3	or4	or5	cia
EAESSA_total	1																			
EAESSA_desc	.959**	1																		
EAESSA_evit	.970**	.862**	1																	
SDS-SP	.530**	.494**	.526**	1																
SDS-SP-estudos	.177	.106	.226	.736*	1															
SDS-SP-social	.433**	.461**	.381*	.864**	.533**	1														
SDS-SP-afetiva	.624**	.579**	.622**	.829**	.345*	.585**	1													
SDS-pais	.348**	.284	.381*	.455**	.241	.367*	.471**	1												
SDS-pais-estudos	.121	.044	.178	.280	.375*	.205	.134	.693**	1											
SDS-pais-social	.180	.149	.194	.277	.000	.305	.330*	.872**	.406*	1										
SDS-pais-afetiva	.505**	.452**	.517**	.529**	.226	.374*	.633**	.880**	.369*	.722**	1									
RT_total	.294	.334*	.241	.334*	.410*	.281	.156	-.025	-.099	-.066	.079	1								
CDI	.322	.300	.320	.502**	.445**	.415*	.373*	.251	.038	.230	.319	.524**	1							
Kidscreen_total	-.351*	-.334*	-.343*	-.399*	-.341*	-.379*	-.266	-.220	.035	-.264	-.280	-.557**	-.756**	1						
Kidscreen_fator1	-.247	-.236	-.241	-.243	-.167	-.236	-.190	-.292	.050	-.418*	-.317	-.443**	-.642**	.862**	1					
Kidscreen_fator2	-.284	-.266	-.281	-.456**	-.463**	-.365*	-.305	-.304	-.098	-.312	-.316	-.551**	-.709**	.897**	.764**	1				
Kidscreen_fator3	.000	-.023	-.019	.026	.001	-.054	.100	.284	.341*	.169	.203	-.323	-.453**	.669**	.487**	.443**	1			
Kidscreen_fator4	-.543**	-.512**	-.536**	-.455**	-.307	-.438**	-.361*	-.349*	-.111	-.310	-.405*	-.400*	-.631**	.851**	.650**	.707**	.399*	1		
Kidscreen_fator5	-.460**	-.411*	-.472**	-.584**	-.488**	-.541**	-.408*	-.309	-.102	-.219	-.403*	-.522**	-.561**	.659**	.476**	.546**	.149	.720**	1	
interferência	.478**	.469**	.454**	.505**	.408*	.466**	.366*	.513**	.531**	.274	.461**	.374*	.391*	-.388*	-.251	-.375	-.082	-.490**	-.416*	1

Nota: EAESSA_total= total da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_desc= Subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_evit= Subescala Evitamento da EAESSA; SDS-SP = Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social; SDS-SP-pais = Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social para pais; RT_total = total da escala do Reação aos Testes; CDI = total do Inventário de Depressão para Crianças; Kidscreen = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (kidscreen-27); Kidscreen_fator 1: bem estar físico; Kidscreen_fator 2: bem estar psicológico; Kidscreen_fator 3: autonomia e relação com os pais; Kidscreen_fator 4: suporte social e grupo de pares; Kidscreen_fator 5: ambiente escolar; interferência: interferência= grau de interferência da perturbação avaliado na entrevista ADIS-C. ** p < .001; * p < .005

Anexo L

Correlações entre os instrumentos utilizados no estudo II – grupo Outras Perturbações de Ansiedade (OPA)

Quadro. Correlações entre os instrumentos utilizados no estudo II (OPA) (N=25).

	EAESSA _total	EAESS A_desc	EAESS A_evit	SDS- SP	RT_total	CDI	Kidscre en_total	Kidscreen _fator1	Kidscreen_f ator2	Kidscreen_f ator3	Kidscreen_f ator4	Kidscreen _fator5	interferên cia
EAESSA_total	1												
EAESSA_desc	.955**	1											
EAESSA_evit	.924**	.771**	1										
SDS-SP	.479*	.513**	.371	1									
RT_total	.293	.392	.127	.320	1								
CDI	.466*	.474*	.393	.374	.255	1							
Kidscreen_total	-.353*	-.474*	-.365	-.314	-.194	-.691**	1						
Kidscreen_fator1	-.355	-.348	-.318	-.194	.060	-.502*	.653**	1					
Kidscreen_fator2	-.415*	-.442*	-.326	-.339	.018	-.674**	.822**	.556**	1				
Kidscreen_fator3	-.332	-.362	-.248	-.259	-.384	-.354	.715**	.156	.346	1			
Kidscreen_fator4	-.079	-.068	-.083	.033	-.104	-.122	.428*	.014	.084	.461*	1		
Kidscreen_fator5	-.257	-.285	-.186	-.213	-.334	-.649**	.681**	.419*	.637**	.392	-.076	1	
Interferência	-.179	-.136	-.211	.109	.143	-.045	-.054	.174	-.128	.024	-.022	-.307	1

Nota: EAESSA_total= total da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_desc= Subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_evit= Subescala Evitamento da EAESSA; SDS-SP = Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social; RT_total = total da escala do Reação aos Testes; CDI = total do Inventário de Depressão para Crianças; Kidscreen = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (kidscreen-27); Kidscreen_fator 1: bem estar físico; Kidscreen_fator 2: bem estar psicológico; Kidscreen_fator 3: autonomia e relação com os pais; Kidscreen_fator 4: suporte social e grupo de pares; Kidscreen_fator 5: ambiente escolar; interferência: interferência= grau de interferência da perturbação avaliado na entrevista ADIS-C. ** $p < .001$; * $p < .005$

Anexo M

Correlações entre os instrumentos utilizados no Estudo II- grupo com ausência de patologia (N)

Quadro. Correlações entre os instrumentos utilizados no estudo II (N) (N=35).

	EAESSA _total	EAESS A_desc	EAESS A_evit	SDS- SP	RT_total	CDI	Kidscre en_total	Kidscreen _fator1	Kidscreen_f ator2	Kidscreen_f ator3	Kidscreen_f ator4	Kidscreen _fator5
EAESSA_total	1											
EAESSA_desc	.953**	1										
EAESSA_evit	.963**	.835**	1									
SDS-SP	-.026	.063	-.104	1								
RT_total	.686**	.642**	.671**	.161	1							
CDI	.365*	.367*	.334*	.330	.399*	1.						
Kidscreen_total	-.169	-.137	-.185	-.185	-.251	-.638**	1					
Kidscreen_fator1	-.224	-.134	-.288	-.068	-.315	-.478**	.823**	1				
Kidscreen_fator2	-.114	-.079	-.137	-.156	-.254	-.477**	.886**	.754**	1			
Kidscreen_fator3	-.089	-.078	-.092	-.209	-.055	-.425*	.764**	.440**	.543**	1		
Kidscreen_fator4	-.117	-.097	-.127	-.080	-.014	-.613**	.774**	.581**	.578**	.543**	1	
Kidscreen_fator5	-.128	-.175	-.077	-.225	-.338*	-.626**	.725**	.435**	.579**	.478**	.486**	1

Nota: EAESSA_total= total da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_desc= Subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_evit= Subescala Evitamento da EAESSA; SDS-SP = Escala de Incapacitação de *Sheehan* na Ansiedade Social; RT_total = total da escala do Reação aos Testes; CDI = total do Inventário de Depressão para Crianças; Kidscreen = Questionário de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (kidscreen-27); Kidscreen_fator 1: bem estar físico; Kidscreen_fator 2: bem estar psicológico; Kidscreen_fator 3: autonomia e relação com os pais; Kidscreen_fator 4: suporte social e grupo de pares; Kidscreen_fator 5: ambiente escolar.

** $p < .001$

* $p < .005$

Anexo N

Médias e desvios-padrão dos instrumentos utilizados no Estudo III

Quadro. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) de todos os instrumentos utilizados no estudo III (N=1113).

	M	DP
EAESSA_total	129.62	39.82
EAESSA_desconforto	66.11	21.98
EAESSA_evitamento	63.51	19.54
RT_total	73.16	18.29
SDS-SP	3.07	2.18
SDS-SP_estudos	3.42	2.56
SDS-SP_vida social	2.75	2.56
SDS-SP_vida afetiva	3.06	3.06

Nota: EAESSA_total= total da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_desconforto= Subescala Ansiedade/Desconforto da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA_evitamento= Subescala Evitamento da EAESSA; RT_total = total da escala do Reação aos Testes; SDS-SP= Escala de incapacitação de *Sheehan*.